



Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa



VII Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

O IMPACTO DO PERFIL DO UTENTE DA USF DURANTE O SEU INTERNAMENTO

Luísa Lara Bianchi Brasil

Orientador: Professor Doutor Rui Santana

- Lisboa, Julho 2013 -

*“The biggest problem with health care isn’t
with insurance or politics. It’s that we’re
measuring the wrong things the wrong way”.*

Robert S. Kaplan and Michael E. Porter

Agradecimentos

Desejo expressar os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que contribuíram para a realização deste trabalho, mesmo sendo individual acabam sempre por existir contributos de natureza diversa que não devem deixar de serem louvados.

Agradeço em primeiro lugar o forte apoio do meu orientador Professor Rui Santana, onde sem a sua competência científica e a confiança não teria conseguido chegar aonde cheguei, agradeço a sua forte persistência acreditando sempre que eu era capaz.

Agradeço também ao Professor Pedro Aguiar pela colaboração imprescindível para a realização do estudo.

A todos os meus amigos e amigas, família e ao Nuno, um grande obrigado pelo apoio e paciência que tiveram comigo ao longo destes extensos meses.

Mais uma vez, a todos os meus sinceros agradecimentos.

Resumo

Palavras-Chave: Custos; Cuidados de Saúde Primários; Cuidados de Saúde Secundários; Utente; Custos de Internamento; Internamentos, USF

Introdução: Através da elaboração do presente projeto de investigação pretendeu-se analisar o que poderá influenciar o custo total de um utente internado, inscrito numa USF, que foi seguidamente internado no setor hospitalar. Recorreu-se à base de dados de uma USF e de um hospital, ambos pertencentes à ARS Alentejo do ano de 2010. O objetivo central consiste em estudar a relação do volume de consultas da USF e se o tipo de admissão no hospital, sendo ela programada ou não programada, explica a variância o custo do internamento.

Metodologia: Foi efetuado o cruzamento entre os dados dos utentes inscritos na USF e o total de internamento hospitalar, utilizando a sua data de nascimento e respetivo sexo. Após efetuado o cruzamento, através de um procedimento estatístico com base em SPSS, foram estipuladas pressupostos de forma a encontrar uma associação entre o custo do utente internado com as variáveis da base de dados da USF. De seguida, foi verificado se o tipo de admissão do internamento pode ou não influenciar o custo do internamento. Para efetuar tais correlações, optei por separar a amostra consoante alguns dos seus grupos mais frequentes, em que foi desagregado os internamentos referentes ao GCD 14 – Gravidez, Parto e Puerpério e dos utentes pertencentes ao escalão etários dos idosos (mais de 64 anos).

Resultados: A variável da idade do utente é a que mais poderá explicar a variância do custo do internamento, apresentando sempre valores significativos para tal relação. As restantes pouco ou nada podem explicar a variância do custo do internamento. Quanto à tipologia de admissão, o facto de ser programado poderá explicar a diminuição dos dias de internamento, que concomitantemente poderá diminuir o custo do internamento, devido a forte correlação existente entre elas ($r=0,666$).

Conclusão: A introdução da integração dos cuidados de saúde a nível primário e secundário poderá ser a solução base para a redução dos gastos desnecessários na saúde. Um maior acompanhamento do utente nos CSP poderá reduzir a frequência hospitalar, como verificamos que as variáveis da USF e o facto de a consulta ser programada podem explicar tal variância.

Abstract

Keywords: Costs; Primary Health Care, Secondary Health Care, Costs of Inpatient treatment, Inpatient, USF

Introduction: The purpose of this research project is to analyze that which may influence the total cost of a user admitted and enrolled in an USF and subsequently admitted to the hospital sector.. Using the database of a hospital and USF, belonging to the ARS Alentejo 2010, in order to collect the necessary data/information. The main objective is to study the relationship of the volume of queries from USF and the type of hospital admission, being planned or unplanned, and explaining the variance the cost of admission.

Methods: The method applied consisted in a cross between the data of the users enrolled at USF and total hospital stay, using the date of birth and the gender of the user. After crossing the variables by means of a statistical procedure based on SPSS, assumptions were made in order to find an association between the costs of the user admitted and the variables of the database of the USF. Subsequently, it was discovered that the type of hospital admission may or may not influence the cost of admission. To make such correlations, I chose to separate the sample according to some of its most frequent groups, which was unbundled hospitalizations related to GCD 14 (major diagnostic categories) and users belonging to the age bracket of the elderly (over 64 years).

Results: The age of the user is the one variable that can explain the variance in the costs of hospitalization, always presenting significant values for this relationship. The remaining variables do little or nothing to explain the variance in the cost of admission. Regarding the types of admissions, the fact that they can be planned/programmed can explain the decrease in hospital days, which consequentially can lower the cost of hospitalization due to a strong correlation between them ($r = 0.666$).

Conclusion: Through the introduction of a system of health care integration at primary and secondary level, the reduction of unnecessary health expenditures may be possible. A greater following of the user in the CSP may reduce hospital attendance as it was verified by the USF variables and the fact that a medical consult can be planned/programmed (explaining that variance).

Índice

Capítulo I: Introdução.....	2
Capítulo II: Enquadramento Teórico	6
2.1 Caracterização das Organizações em estudo.....	6
2.1.1 Introdução às Unidades de Saúde Familiar.....	6
2.1.3.1 Razões para integrar	9
2.1.3.2 Dimensões da integração.....	10
2.1.3.3 Vantagens da integração vertical.....	12
2.2 Caracterização da contabilidade das Organizações em estudo.....	14
2.2.1 A relevância da medição do custo.....	14
2.2.2 Custo Por Utente	15
2.2.2.1 Definição de custo.....	15
2.2.2.2 Vantagens da determinação do custo por utente	15
2.2.3 Contabilidade dos custos das USF.....	16
2.2.4 Contabilidade de custos no setor hospitalar - Tipos de sistemas de custeio aplicados à gestão de custos hospitalares	17
2.2.4.2 Sistemas de classificação por doente.....	22
2.2.4.3 Grupos de Diagnóstico Homogéneos.....	22
2.2.5 Método de contabilidade de custos de um utente dentro de uma integração vertical	24
Capítulo III – Objetivos	29
Objetivo do trabalho	29
Capítulo IV: Metodologia	33
4.1 Modelo de análise	33
4.2 Fontes de dados	35
4.2.1 Recolha e seleção dos dados.....	35
4.2.2 Critérios de seleção:.....	35
4.2.3 Tipo de estudo.....	35
4.2.4 População em estudo.....	35
4.2.5 Procedimento estatístico	36
Capítulo V: Apresentação dos Resultados	41
5.1 Caracterização dos utentes inscritos na UFS.....	41
5.1.1 Caracterização por sexo	41
5.1.2 Caracterização por estrutura etária	41

5.2 Caracterização dos utentes internados relativos à USF	42
5.2.1 Caracterização dos Internamentos da USF	42
5.2.2 Recém-nascidos retirados da amostra.....	45
5.2.3 Caracterização da amostra sem os recém-nascidos	45
5.2.3.1 Anos de inscrição dos internados.....	46
5.2.3.2 Comparação dos anos de inscrição da USF com os anos de inscrição dos utentes que foram internados	46
5.2.3.3 Anos de inscrição por sexo.....	47
5.2.3.4 Quantidade de consultas	47
5.2.3.5 Quantidade de consultas por sexo.....	47
5.2.3.6 Médicos.....	48
5.2.3.7 Tipo de consulta	48
5.2.3.8 Dias de internamento.....	48
5.3 Objetivo 1 – Variáveis da USF influenciam o custo do internamento.....	49
5.3.1 Idade influencia o custo do internamento	49
5.3.2 Volume de consultas influencia o custo do internamento	50
5.3.4 Retirar o GCD 14 - terá algum impacto nos custos de internamento.....	50
5.3.4.1 Amostra dos GCD-14 Gravidez, Parto e Puerpério	50
5.3.4.2 Amostra sem o GCD-14 Gravidez, Parto e Puerpério.....	51
5.3.5 Retirar o escalão etário dos idosos terá algum impacto nos custos.....	51
5.3.5.2 Amostra sem o escalão etário.....	52
5.3.5.3 Amostra sem o escalão etário dos idosos e sem o GCD 14	52
5.3.6 Regressão Linear Múltipla.....	53
5.4 Objetivo 2 – O tipo de admissão influencia os custos de internamento	55
5.4.1 Tipo de admissão tem alguma influência os custos de internamento.....	55
5.4.2 Regressão Linear Múltipla.....	56
5.4.2.1 Amostra I – Todos os internamentos	57
5.4.2.2 Amostra II – Apenas o GCD 14	57
5.4.2.3 Amostra III – Apenas os idosos.....	58
5.4.2.4 Amostra IV – Sem GCD 14 e sem idosos	59
Capítulo VI: Discussão dos Resultados.....	62
6.1 Discussão Metodológica.....	62
6.1.1 Limitações do estudo	62
6.2 Discussão dos Resultados.....	63

6.2.1.1 Amostra I – Amostra excetuando os internamentos pertencentes ao GCD 14-Gravidez, Parto e Puerpério	63
6.2.1.2 Amostra II – Amostra excetuando o escalão etário dos idosos	64
6.2.1.3 Amostra III – Amostra excetuando os internamentos referentes ao GCD-14 e os idosos (com mais de 64 anos)	64
6.2.1.3 Regressão Linear Múltipla	65
6.2.2 Objetivo 2 – Tipo de admissão influencia o custo de internamento	66
6.2.2.1 Tipo de admissão do internamento	66
6.2.2.2 Regressão Linear Múltipla	67
6.3 Análise crítica	68
6.4 Recomendações	72
Capítulo VII: Conclusão	75
Bibliografia:	79
ANEXOS	86

Índice de Quadros

Quadro 1 – Mudança do paradigma nas organizações de saúde	10
Quadro 2 – Vantagens da integração vertical nos cuidados de saúde	12
Quadro 3 - Simplificação das metodologias de apuramento de custos por doente no setor hospitalar	18
Quadro 4 – Vantagens e desvantagens do sistema de custeio Método Direto.....	19
Quadro 5 – Vantagens e desvantagens do sistema de custeio Método das Seções	20
Quadro 6 – Vantagens da metodologia de apuramento de custos por utente	24
Quadro 7 – Vantagens e desvantagens da Matriz de Maryland	25
Quadro 8- Operacionalização das variáveis	34
Quadro 9 – Caracterização dos inscritos na USF por sexo e idade	41
Quadro 10 – Caracterização da estrutura etária dos inscritos por sexo, em percentagens.....	42
Quadro 11 – Percentagem de internamento dos utentes da USF	42
Quadro 12 – Caracterização dos internamentos por género e média de idades	43
Quadro 13 - Caracterização dos GDH mais frequentes e média dos dias de internamento	44
Quadro 14 – Caracterização da amostra sem os recém-nascidos por idade.....	45
Quadro 15 – Caracterização dos anos de inscrição dos utentes na USF.....	46
Quadro 16 – Cálculo do Coeficiente de Variação para os anos de inscrição do total de inscritos e dos internados.....	46
Quadro 17 – Caracterização dos anos de inscrição por sexo.....	47
Quadro 18 – Caracterização da quantidade de consultas prestadas na USF.....	47
Quadro 19 – Caracterização da quantidade de consultas prestadas na USF por sexo	47
Quadro 20 - Caracterização dos médicos pertencentes à USF	48
Quadro 21 - Correlação entre o custo do internamento e a idade.....	49
Quadro 22 - Correlação entre o custo do internamento e com restantes variáveis da USF	50
Quadro 23 - Correlação entre o volume da amostra e os custos da USF e internamento	50
Quadro 24- Correlação entre a nova amostra, excetuando o GCD 14	51
Quadro 25 – Volume de consultas e custo de internamento	51
Quadro 26 – Volume de consultas e custo de internamento	52
Quadro 27 - Correlação entre a nova amostra reduzida e variáveis de ambos os cuidados de saúde	52
Quadro 28 – Fatores determinantes do Custo do Internamento (Log).	54
Quando 29 - Teste <i>T-Student</i> para o custo de internamento do utente e o seu tipo de admissão	55
Quadro 30 – Fatores determinantes dos Dias de Internamento	57
Quadro 31 – Fatores determinantes dos Dias de Internamento	57
Quadro 32 – Fatores determinantes dos Dias de Internamento	58
Quadro 33 – Fatores determinantes dos Dias de Internamento	59
Quadro 34 - USF em atividade e utentes abrangidos, por região de saúde	69
Quadro 35 – Representatividade da população portuguesa por estrutura etária por sexo no ano de 2011, em percentagens.....	71

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Modelo de análise das variáveis em estudo.....	33
Gráfico 2 – Caracterização da estrutura etária dos inscritos por sexo.....	41
Gráfico 3 – Caracterização do tipo de admissão do internamento.....	43
Gráfico 4 – Caracterização dos recém-nascidos por sexo.....	45
Gráfico 5- Caracterização da do tipo de consultas da USF.....	48

Lista de Abreviaturas

ABC – Activity Based Costing

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APIFARMA – Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica

CP – Curto Prazo

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CV – Coeficiente de Variação

DL – Decreto-lei

DSP – Discharge status of patient

EMV – Esperança Média de Vida

EPE – Entidades Público Empresariais

EUA – Estados Unidos da América

GDH – Grupo de Diagnóstico Homogéneo

LP – Longo Prazo

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MCSP – Missão dos Cuidados de Saúde Primários

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCAH – Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais

PNS – Plano Nacional de Saúde

PPP – Parcerias Público Privadas

RPSP – Revista Portuguesa de Saúde Pública

RRE – Regime Remuneratório Experimental

SA – Sociedade Anónima

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPA – Setor Público Administrativo

SPP – Sistema de Pagamento Prospetivo

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

TAC - Tomografia Axial Computadorizada/Computorizada

ULS – Unidades Locais de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

VIF - Varieance Inflation Factor

GCR CSP - Grupo Consultivo para a Reforma dos CSP

Capítulo I.

Introdução

Capítulo I: Introdução

Devido ao elevado crescimento constante da indústria dos cuidados de saúde a despesa relativa a este setor tem sido cada vez mais elevada e a terminologia custo tem assumido uma enorme importância nos últimos anos.

Citado por *Costa et al.* (2008), tal aumento do custo pode estar relacionado com vários fatores, como por exemplo (CHISHOLM e EVANS, 2007; COSTA, 2005; EDBROOKE et al, 1999; MIGUEL e COSTA, 1997; MITTON e DONALDSON, 2004):

- O avanço das tecnologias (relativamente aos meios de diagnóstico e terapêutica e da indústria farmacêutica);
- As constantes oscilações da moeda (inflações neste setor);
- A mudança das características da população, onde o crescente envelhecimento da população desencadeia outros tipos de patologias, como o caso de doenças crónicas.

Existe então uma necessidade fundamental de utilizar métodos adequados relativos à apuração e mensuração do custo neste setor, onde a informação de custo se torna um elemento imprescindível ao gestor para que este possa monitorizar a despesa e efetuar análises de desempenho da sua organização.

O presente trabalho tem como principal objetivo o estudo das metodologias subjacentes ao apuramento dos custos por doente no contexto de uma Unidades de Saúde Familiar (USF) e no contexto Hospitalar, ambos pertencentes da ARS Alentejo, referentes ao ano de 2010. O cálculo relativo aos custos de uma UFS será apurado através do somatório de três diferentes rubricas:

- Medicamentos administrados;
- Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) utilizados pelo mesmo;
- De uma forma indireta, através da prestação de cuidados por parte do profissional médico.

Quanto ao setor hospitalar, o custo referente ao utente que utiliza este tipo de cuidados será representado pelo somatório do custo unitário relativo a cada GDH específico do internamento, dependendo este se for médico ou cirúrgico, multiplicado pelo número de dias que esteve internado. De seguida será então calculada a correspondência direta entre os pacientes inscritos na USF com os utentes do setor hospitalar através do sexo e data de nascimento de forma a obter apenas aqueles que

foram internados. Depois de efetuar tal cruzamento, irei apenas trabalhar tais dados referentes aos internamentos.

Por último pretende-se analisar se existe a interação do custo entre os dois estabelecimentos acima referidos, como por exemplo, se a o aumento do número de atendimento na USF implica uma redução nos custos dos internamentos, se melhorando os Cuidados de Saúde Primários (CSP) a despesa na saúde é finalmente reduzida.

Capítulo II.

Enquadramento Teórico

Capítulo II: Enquadramento Teórico

Após uma breve introdução ao objetivo principal deste trabalho, segue-se uma revisão da literatura sobre o mesmo.

2.1 Caracterização das Organizações em estudo

2.1.1 Introdução às Unidades de Saúde Familiar

“Os cuidados de saúde primários são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento” (DECLARAÇÃO ALMA ATA, 1978).

Durante o ano de 2010 foi fortemente discutida a importância crucial dos cuidados de saúde primários, sendo esta uma das formas mais adequada para melhorar a eficiência do Serviço Nacional de Saúde (ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE).

Ao longo dos anos apareceram alguns problemas inesperados como a falta de regularização, ciclos viciosos e dificuldades económico-financeiras sentidos num contexto interno e internacional. Surgiu então a ideia de reformular os cuidados de saúde primários existentes em Portugal. Tal reforma iniciada em 2005 tinha o principal objetivo de reconfigurar os centros de saúde através da implementação das USF (MCSP, 2006).

São unidades que fazem parte de um Centro de Saúde, mas em termos funcionais são completamente independentes do mesmo. A sua principal missão consiste em prestar e facilitar cuidados de saúde primários às pessoas e às suas famílias. (JORNAL DO UTENTE DA USF BUARCOS).

A diferenciação das USF (A, B e C) é resultante do grau de autonomia organizacional, da diferenciação do modelo retributivo, dos incentivos dos profissionais, do modelo de financiamento e do estatuto jurídico (DEPARTAMENTO DE CONTRATUALIZAÇÕES DA ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS DE SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

- Modelo A. Fase de aprendizagem e aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar contribuindo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna;

- Modelo B. Equipas com maior amadurecimento organizacional em que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente.
- Modelo C. Modelo experimental com carácter supletivo a regular por diploma próprio do sector privado, cooperativo ou social com contrato programa.

Segundo o Grupo Consultivo para a Reforma dos CSP (GCR CSP), na sua publicação “Acontecimento Extraordinário”, as 161 USF que tinham sido criadas até Fevereiro de 2009 tinham já permitido que 207.867 cidadãos passassem a ter médico de família, isto é, um ganho assistencial de 11,7% (GRCCSP, 2009). Por outro lado, a 15 de Julho de 2010 já se encontravam constituídas 170 USF, envolvendo mais de 3.300 profissionais de saúde e mais de 2 milhões de utentes potenciais. Um terço das infraestruturas dos CSP em Portugal já trabalha segundo este novo modelo de gestão, conforme apresentado pelo Relatório Primavera de 2010 (OPSS, 2010). Especificando a quantidade existente de unidades de saúde por região chega-se à conclusão que a maioria encontra-se localizada no Alentejo, com 51,8%. De seguida Lisboa e Vale do Tejo com 31,6%, Região Centro com 10,6%, Algarve com 3,2%, e por fim, o Norte com 2,8%.

O reforço das USF é um elemento imprescindível no que compete à política de organização dos CSP, apesar das fortes restrições orçamentais a que o País está sujeito, não pode ser abandonado mas sim reforçado com o intuito de melhorar o acesso, a cobertura assistencial, a eficiência económica, e essencialmente, a qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos (DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2ª série – nº 143 -25 de Julho de 2012).

2.1.2 Introdução ao Setor Hospitalar

Os cuidados secundários integram os serviços de saúde de forma a garantir a prestação de cuidados de saúde diferenciados à população de determinada área geográfica (ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2011).

Existem quatro tipos distintos de hospitais públicos em função do modelo de gestão adotado (N.º 1 DO ARTIGO 2.º DO REGIME JURÍDICO DA GESTÃO HOSPITALAR):

- Hospitais integrados no setor público administrativo (SPA): Estabelecimentos públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;

- Hospitais entidades públicas empresariais (EPE): Estabelecimentos públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial;
- Hospitais sociedade anónima (SA): Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos (atualmente não existe nenhum em Portugal);
- Hospitais em regime de parcerias público-privadas (PPP): Estabelecimentos privados com ou sem fins lucrativos, com os quais sejam celebrados contractos.

O setor hospitalar português absorveu segundo os últimos dados disponíveis — referentes ao ano de 2006 — cerca de 3.695,6 milhões de euros, representado 48,7% dos seus recursos financeiros (ACSS, 2008).

Por isso na tentativa de melhorar a sua eficiência, o Ministério da Saúde apostou em aperfeiçoar o processo de elaboração dos orçamentos anuais. Em 1981 os orçamentos passaram remunerados de acordo com os respetivos custos médios, que foram calculados para dois grupos distintos de hospitais e que eram ainda ponderados pela demora média, restringida a determinado limite máximo (PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1989). Já em 1990, foi implementado um novo sistema de financiamento baseado nos grupos de diagnósticos homogêneos (GDH), que passou a vigorar em pleno no pagamento dos cuidados prestados a beneficiários dos subsistemas e a ser utilizado de forma gradual na determinação do orçamento anual dos hospitais (LIMA, 2003).

2.1.3 Integração dos cuidados de saúde

Citado por Santana e Costa (2008,) existem inúmeros desafios no sistema de saúde, como a pressão económica, envelhecimento da população, desenvolvimento das tecnologias de informação, avanços científicos, alteração do perfil dos consumidores (diminuição da assimetria de informação), globalização da economia e uma forte mudança epidemiológica, fizeram com que a organização dos sistemas de saúde fosse repensada (PEW COMMISSION, 1998),

As respostas disponíveis não parecem adequadas a este tipo de situação. Existe hoje uma diversidade de serviços e profissionais, sociais e de saúde, que respondem às necessidades das pessoas de uma forma não apropriada. Torna-se fundamental uma maior integração dos cuidados uma vez que as pessoas em situação de dependência requerem respostas sociais e de saúde (MIGUEL e SÁ, 2010).

Em resposta a estes desafios, salientam-se as iniciativas pragmáticas de reestruturação organizacional dos cuidados de saúde, como o exemplo da integração dos cuidados de saúde, tal como reconheceu a OMS.

Através da criação de unidades integradas de cuidados de saúde possibilitou uma articulação entre os centros de saúde e os hospitais onde a prestação de cuidados dos utentes é realizada de uma forma contínua. Os objetivos desta integração visam a promoção da continuidade e da personalização na prestação de cuidados, o aumento da autonomia dos utentes e possível eliminação das redundâncias, traduzindo numa melhoria da qualidade, em termos de acesso, eficácia, eficiência e satisfação do utilizador (MIGUEL e SÁ, 2010).

2.1.3.1 Razões para integrar

Citado por Santana e Costa (2008), a fragmentação existente na prestação dos cuidados de saúde é fruto da descentralização dos cuidados de primeira linha, a existência cada vez maior de especialistas, a ausência de médicos generalistas e a forma de trabalho dos profissionais de saúde em que trabalham cada um por si sem qualquer interação (AHGREN, 2003). Surge então a necessidade de uma reengenharia do sistema de saúde visando uma reorganização e criação de integração dos cuidados para que possam ser partilhadas todas as responsabilidades e recursos (DEVERS ET AL., 1994; BROWN E MCCOOL, 1986).

Em Portugal, esta necessidade encontra-se presente conforme pode ser conferido no texto introdutório do estatuto do SNS (DL n.º 11/93 de 15 de Janeiro) em 1993: “A tradicional dicotomia entre cuidados primários e cuidados diferenciados revelou-se não só incorreta do ponto de vista médico mas também geradora de disfunções sob o ponto de vista organizativo. Daí a criação de unidades integradas de cuidados de saúde, sendo unidades de saúde que irão viabilizar a imprescindível articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais. A nova orgânica do Serviço Nacional de Saúde prevê a indivisibilidade da saúde e a criteriosa gestão de recursos, impostos através da consagração de tal modelo”.

Citado por Santana e Costa (2008), quando tal integração dos cuidados se verifica desencadeia uma conotação positiva e permite reduzir a ineficiência, a falta de qualidade e as perturbações desnecessárias de deslocamento causadas pela falta da coordenação e comunicação entre os cuidados (GRONE e GARCIABARBERO, 2001).

Para uma melhor perceção de como era o paradigma antes da integração e o que foi alterado após a integração, passo a apresentar o seguinte quadro-resumo:

Quadro 1 – Mudança do paradigma nas organizações de saúde

	Antigo paradigma	Novo paradigma
Alterações a nível dos recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> Especialização do trabalho; Atos médicos sem continuidade. Trabalho individual; 	<ul style="list-style-type: none"> Especialização em contexto de multidisciplinariedade do conhecimento; Interdependência de atos. Integração em equipas multidisciplinares;
Alterações financeiras	<ul style="list-style-type: none"> Incentivos financeiros distintos. Outputs por nível de cuidados; 	<ul style="list-style-type: none"> Programa de incentivos uniformes. Cadeia de valor;
Alterações a nível do utente	<ul style="list-style-type: none"> Determinado pelas preferências dos produtores. 	<ul style="list-style-type: none"> Determinado pelas necessidades dos consumidores.
Alterações ao nível dos cuidados de saúde	<ul style="list-style-type: none"> Ênfase nos cuidados agudos; Tratamento de doenças; Responsabilidade pelos indivíduos. 	<ul style="list-style-type: none"> Ênfase na continuidade dos cuidados; Manutenção do bem-estar; Responsabilidade por uma população.
Alterações ao nível da organização - output	<ul style="list-style-type: none"> Enfoque nas organizações; Enfoque nos recursos estruturais, produtividade (taxa de ocupação) e eficiência interna (DM). 	<ul style="list-style-type: none"> Enfoque nas interligações, na coordenação dos elementos e na rede de prestação para adequar às necessidades.

Fonte: Adaptado de Shortell e Kaluzny (2006) – Organization Design, Health Care Management Organization Design and Behavior, 4th Ed.

2.1.3.2 Dimensões da integração

Citado por Santana e Costa (2008), a integração é dividida em quatro dimensões básicas: Estrutural, Funcional, Normativa e Sistémica:

1. Estrutural:

Neste contexto são sofridas alterações no sentido de modificações dos organigramas individuais das entidades que constituem a nova estrutura, sendo alteradas as responsabilidades, as relações de comando e controlo e também o seu poder hierárquico (BYRNE E ASHTON, 1999; CONRAD E SHORTELL, 1996a). Encontra-se dividida em termos horizontais e verticais.

1.1 A integração horizontal diz respeito às organizações que prestam o mesmo tipo de cuidados de saúde e consistem na fusão de duas ou mais instituições que produzem o mesmo tipo de serviços, como por exemplo os Centros Hospitalares e Agrupamentos de centros de saúde (BYRNE E ASHTON, 1999; CONRAD E SHORTELL, 1996a);

1.2 Quanto ao tipo de integração vertical, existe uma organização que detêm o controlo de duas ou mais instituições, em que pelo menos uma utiliza como *input* o *output* da outra (SAMUELSON, 1988). Como por exemplo, a continuidade dos cuidados, em que uma organização gestora de duas ou mais entidades que prestam serviços a diferentes níveis com o intuito de melhorar o estado de saúde do doente (BROWN e MCCOOL, 1986; CONRAD e SHORTELL, 1996a; BYRNE e ASHTON, 1999; WAN, LIN e MA, 2002).

2. Funcional:

Consiste na coordenação, comunicação e cooperação efetiva das funções e atividades básicas desenvolvidas nas unidades operacionais do sistema de produção através da prestação de cuidados de saúde com valor para o utente (GILLIES ET AL., 1993; SHORTELL ET AL., 1993; SOBCZAK, 2002). É constituída por quatro partes: parte clínica, informação, administrativa e financeira.

2.1 Clínica: Coordenação de práticas clínicas em torno de problemas específicos de cada doente e é através dela que se conseguem prestar cuidados mais custo-efetivos com qualidade (DEVERS ET AL., 1994).

2.2 Informação: Integração automatizada de toda a atividade em que os dados e a informação geram o conhecimento (COILE, 1995). Trata-se do suporte tecnológico que conectado com o doente permite a incorporação dos dados clínicos (processo clínico), financeiros (custos e proveitos) e administrativos, garantindo que independentemente do local onde seja realizada a prestação de cuidados de saúde a informação se encontre disponível (HARVEY e DEPUE, 1997).

2.3 Administrativa: Coordenação e uniformização das atividades administrativas de todo o processo de produção.

2.4 Financeira: Organização de atividades para obter recursos financeiros necessários para uma rentabilização máxima e eficiência económica. Gerir um doente passa não só pela manutenção ou aumento do seu bem-estar geral, mas

também por garantir as intervenções mais custo-efetivas possíveis, isto porque, todo o desenvolvimento da produção de uma instituição depende da sua sustentabilidade económico - financeira, apesar da maioria das organizações de saúde não terem fins lucrativos (SANTANA e COSTA).

3. Normativa:

Conjunto de normas e procedimentos normativos presentes numa organização e representa a uniformidade de procedimentos internos e sistemas de referência a valores comuns. São conhecidos como *guidelines* que visam apresentar todas as evidências relevantes sobre uma questão clínica particular, a fim de ajudar os médicos a avaliar os benefícios e os riscos de um determinado procedimento diagnóstico ou terapêutico (SANTANA e COSTA, 2008).

4. Sistémica:

Integração de todos os elementos de uma organização que funcionam de forma harmoniosa e sinérgica com um objetivo comum. Refere-se também à existência de um planeamento estratégico da organização (KASTE ROSENZWEIG, 1979).

2.1.3.3 Vantagens da integração vertical

O processo de integração vertical de saúde após ser implementado fornece várias potencialidades tendentes a servirem de justificação perante a sua utilização na reformulação do sistema de saúde. No seguinte quadro estão apresentadas algumas vantagens da utilização da integração vertical num sistema de saúde (SANTANA e COSTA, 2008).

Quadro 2 – Vantagens da integração vertical nos cuidados de saúde

1. Maior poder de mercado face aos parceiros externos;
2. Qualidade assistencial, em que o risco e a má prática clínica são significativamente reduzidos devido talvez ao melhor funcionamento em equipa;
3. Focalização no utente, em que através da continuidade da prestação de cuidados o próprio utente sente-se menos confuso devido à interligação e coordenação dos diferentes tipos de cuidados. Um dos principais benefícios da integração para a população é o fácil acesso aos cuidados de saúde (FOREMAN e ROBERTS 1991);

-
4. Promoção do bem-estar, em que a prestação dos cuidados de saúde está mais direcionada para a promoção da saúde e prevenção da doença do que propriamente no tratamento da mesma;
 5. Redução dos custos de transação, em que são evitados os cuidados duplicados devido a existência de comunicação entre tais instituições;
 6. Redução das atividades mais dispendiosas devido à focalização na prevenção da doença e na promoção da saúde;
 7. Economias de escala em que a integração leva a um maior aumento do poder de mercado resultantes do aumento significativo da produção em termos quantitativos e qualitativos e minimização de conflitos entre os diferentes tipos de cuidados.
-

2.1.3.4 Barreiras à integração

Apesar das vantagens dos modelos de integração vertical dos cuidados de saúde acima referidas, constata-se também barreiras à sua implementação, designadamente no que respeita aos seguintes aspetos (COSTA e SANTANA, 2008):

- Falha na interpretação do modelo. O novo enfoque estratégico, sobretudo direcionado para os cuidados de primeira linha em detrimento da utilização de cuidados diferenciados que exigem mais consumos e técnicas diferenciadas é um aspeto extremamente difícil de concretizar (YOUNG e BARRETT, 1997);
- Resistência das diferentes culturas organizacionais na nova organização;
- Tendência de convergência de esforços estratégicos nas unidades da organização com maior concentração de recursos;
- Dificuldade na implementação de uma estratégia comum entre as organizações que anteriormente concorriam entre si por recursos humanos, técnicos ou mesmo orçamentais;
- Escassez de disseminação de estratégias de gestão clínica adequadas às necessidades em saúde e coordenadas efetivamente pelos CSP.

2.2 Caracterização da contabilidade das Organizações em estudo

2.2.1 A relevância da medição do custo

O envelhecimento da população tem sido apontado como responsável, entre outros fatores, pelo constante aumento da despesa em saúde, uma vez que são pessoas por vezes incapacitadas e com mobilidade reduzida, que requerem um maior nível de cuidados. Num contexto global, é na Europa onde se verifica uma taxa de idosos (> 60 anos) mais elevada comparativamente com os restantes continentes, apresentando como resultado mínimo a região Africana com apenas 5% (WHO, 2011).

Relativamente a Portugal, o índice de envelhecimento verifica-se de uma forma mais acentuada nas Regiões Centro e Alentejo, com, respetivamente, 22% e 24%, apresentando com a menor percentagem a Região dos Açores com 13%. O índice de envelhecimento sofreu um aumento bastante significativo, passando de 102 (2001) para 128 em 2010, o que significa que por cada 100 jovens há 128 idosos (CENSOS INE, 2001).

Outro fator que também influencia o aumento da despesa em saúde a ter em consideração é o baixo número de clínicos existentes e a exercerem no País e em todo o mundo. No que diz respeito aos médicos por 1.000 habitantes, a nível global existem 1,42 médicos por 1.000 habitantes. O continente Europeu apresenta o indicador mais elevado, 3,32 médicos por 1.000 habitantes, já a Região Africana apresenta um valor verdadeiramente baixo de 0,22 médicos por 1.000 habitantes. Portugal apresenta uma média de 2,2 médicos por 1.000 habitantes referentes ao ano de 2010 (OCDE, 2013). São dados relativamente baixos quando o assunto é acessibilidade e qualidade dos cuidados de saúde.

Face a esta situação do forte envelhecimento poderão ser implementadas soluções às consequências comumente atribuídas à idade, como o aumento da medicina preventiva, uma melhora relativa aos cuidados de saúde continuados e a adoção de estilos saudáveis de vida. Mas como vivemos num período de contenção da despesa pública, caberá ao Estado adotar e adaptar medidas relacionadas com o forte envelhecimento da população de forma os cuidados de saúde não percam a sua qualidade e que cheguem a todos os pontos do país.

2.2.2 Custo Por Utente

2.2.2.1 Definição de custo

Segundo Costa *et al.* (2008), o conceito de custo por doente, representa o somatório de todos os custos resultantes do processo de produção de serviços de saúde efetuados a determinado doente ao longo do seu episódio de internamento (PHELAN *et al.*, 1998; VERTREES, 1998)

.Os custos podem se dividir em diretos e indiretos. Os diretos (como material e mão de obra) devem ser relevantes e facilmente identificados, sendo considerados quando se quer estabelecer o custo dos produtos fabricados, ou dos processos responsáveis pela fabricação dos mesmos. Relativamente aos indiretos, estes constituem o consumo dos fatores de produção que não são identificados aos produtos porque não são propriamente relevantes, porque o processo de identificação é dispendioso e porque a sua relação custo-benefício não é favorável ao trabalho de identificação (LEONE, 2000).

Quanto à sua terminologia, o custo também pode ser classificados em fixos ou variáveis quando averiguados em relação ao volume de produção. Os fixos são aqueles que não se alteram com a variação do número de pacientes e os variáveis são aqueles que sofrem uma modificação numa proporção direta com o volume de pacientes. O custo total depende do número de paciente, ou seja, quanto mais pacientes tiver a organização maior é o custo variável e, consequentemente, maior é o seu custo total (LEONE, 2000).

Os custos fixos e variáveis são de grande importância para a tomada de decisões, sendo que a separação destes caracteriza um fundamento chamado de custos para a tomada de decisões (BORNIA, 2002).

2.2.2.2 Vantagens da determinação do custo por utente

Segundo Costa *et al.* (2008), a implementação de sistemas prospetivos de pagamento no financiamento hospitalar contribui para uma maior ênfase ao nível do planeamento da gestão financeira dos hospitais (CLEVERLEY, 1987; MORRHEAD, 1989), fornecendo inúmeras vantagens que resultam da determinação do custo por doente, entre as quais:

- Analisar a eficiência da prestação realizada, face às suas expectativas, facilitando a identificação de áreas onde é necessário atuar, com vista à melhoria dos níveis de desempenho dos serviços que o compõem (FINKLER, 1982). De outra forma podem também proceder a dois tipos de categorizações: a primeira relacionada com a tipologia da produção realizada ao nível assistencial e, em segundo lugar, a categorização dos protocolos de tratamento no contexto do sistema de classificação de doentes implementado, como os Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH) (CLERVERLEY, 1987);
- Conhecer quais as várias componentes e elementos que integram os cuidados de saúde hospitalares (FINKLER, WARD e BAKER, 2007);
- Previsão dos recursos necessários nas diferentes linhas de atividade, permitindo ao gestor hospitalar um maior controlo relativo ao consumo (CHELI, 1989);
- Constituir uma ferramenta fundamental para os hospitais no que respeita à discussão do estabelecimento dos seus preços, servindo como ajuda na negociação com as seguradoras permitindo um negócio conciso e coerente (YOUNG, 2003).

2.2.3 Contabilidade dos custos das USF

Através do modelo de contratualização, foram fornecidos às USF inúmeros incentivos institucionais para aplicarem e utilizarem como indicadores de eficiência. O Decreto-lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto, vem consagrar e ampliar esta possibilidade para todas as unidades, independentemente do modelo em que se enquadrem (DEPARTAMENTO DE CONTRATUALIZAÇÕES DA ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS DE SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

São alguns dos os indicadores de desempenho existentes para tais unidades, como por exemplo, indicadores de disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico-científica, efetividade, eficiência e satisfação. A monitorização dos indicadores deverá ser feita trimestralmente e de forma automatizada, isto é, sem trabalho adicional para os elementos da USF. Deverá também ser elaborado um relatório de atividades pela própria unidade, focalizado no compromisso assistencial contratualizado e concretizado. Neste relatório a unidade deverá explicitar as razões pelas quais algumas metas possam não ter sido alcançadas, ou os motivos que levaram à superação das metas previstas (DEPARTAMENTO DE CONTRATUALIZAÇÕES DA ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS DE SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Outro modo de observar os custos incorridos numa USF e medir o seu desempenho surgiu através de um estudo do relatório intitulado de “Análise dos Custos dos Centros de Saúde e do Regime Remuneratório Experimental”, que tinha como objetivo comparar as diferenças entre uma unidade que estivessem a funcionar em Regime Remuneratório Experimental (RRE) e centros de saúde convencionais. Tal estudo teve em conta o impacto do RRE nos custos por utente e por consulta e os custos com MCDT bem como a questão da causalidade e da autosseleção. Através da visualização dos resultados é possível observar que houve uma diminuição de custos por doente associado a uma poupança em medicamentos e MCDT mesmo havendo incentivos remuneratórios para os médicos, horário acrescido de enfermeiros, pagamento de horas extraordinárias de administrativos, e prolongamento de horários de cobertura assistencial (GOUVEIA *et al*).

Numa perspetiva do futuro considerando um universo de 32 centros de saúde com pouco mais de dois milhões de utentes, onde irão ser criadas 37 USF, o total da poupança em 2005 teria sido de 8,9 milhões de euros. Para os meses de Outubro a Dezembro desse ano, a poupança estimada teria sido de €1,1 por utente ou de 2,3 milhões de euros no total. Se houvesse uma maior preocupação em poupar a despesa em saúde, esta não se encontrava tão elevada e tão difícil de ser reduzida. (GOUVEIA *et al*, 2006).

2.2.4 Contabilidade de custos no setor hospitalar - Tipos de sistemas de custeio aplicados à gestão de custos hospitalares

“ O produto final (output) de um hospital não é um exame de laboratório, uma diária hospitalar ou uma refeição servida. Ao contrário, o output é um paciente (curado ou mais saudável), que ao longo da permanência no hospital recebeu aqueles serviços” (NEUMANN, 1998).

O custeio de procedimentos hospitalares tem o significado de fornecer um custo sob a unidade do “paciente” e corresponde a todos os recursos consumidos no fluxo percorrido pelo mesmo ao longo das unidades funcionais de prestação de serviços no hospital. Quando é calculado o custo de um serviço sob a segmentação de centros de custos, trata-se apenas de um processo e não a expressão de custeio do tratamento prestado ao paciente, que poderia ser entendido como o “custo de um produto final”.

As informações referentes aos custos de procedimentos hospitalares representam a combinação do desempenho dos custos incorridos nas referidas unidades departamentais e a forma de como são utilizados tais recursos na prestação dos cuidados aos pacientes. Os profissionais de saúde, mais especificamente os médicos,

apresentam uma forte participação no que respeita à definição do grau de utilização dos recursos necessários (MATOS, 2002).

Segundo Costa *et al.* (2008), existem duas principais metodologias de custeio (MUGFORD et al, 1998 e VERTREES e PAFF,2003):

- Top-down: em que utiliza unidades de valor relativo, dias de internação ou outra medida para atribuir os custos totais do sistema de saúde para serviços individuais.
- Bottom-up, baseado no sistema de custeio *Activity Based Costing* (ABC), que avalia a quantidade de cada recurso utilizados para produzir um serviço de saúde individual e atribui os custos de acordo com os custos gerais agregados do sistema de cuidados de saúde.

As organizações adotam um ou outro método de custeio e leva a que os administradores e os pesquisadores conduzam avaliações económicas de programas e análise custo-efetividade.

O seguinte quadro resume os métodos de apuramento de custos por doente mais comum nos hospitais, sendo o Método das Seções o mais utilizado nos hospitais portugueses pertencentes ao SNS, e como a título experimental é utilizado o *Activity Based Costing*.

Quadro 3 - Simplificação das metodologias de apuramento de custos por doente no setor hospitalar

Abordagem	Tipos de Métodos
Bottom-up	Método Direto
Top-Down	Método das Seções e <i>Activity Based Costing</i>

Método direto: Consiste numa abordagem de custeio destinada a suprir os gestores com informações para a tomada de decisão, oferecendo uma clara análise do comportamento dos custos a diferentes níveis de atividade, ao contrário do método das seções que apresenta apenas uma “fotografia” dos custos sob determinado volume de produção. Amplia as possibilidades de análise para fins de gestão e reúne informações adequadas no processo de tomada de decisão, como por exemplo, situações em que a instituição negoceia os preços, casos de investimentos em

equipamentos e instalações, ou adequação do volume e mix das operações, entre outras decisões de elevada importância para a organização.

Este custeio carece de uma oportuna atenção quanto à análise das relações entre o custo, volume e lucro. Com isto torna-se fundamental estabelecer uma classificação dos custos relativamente ao volume de produção, se são eles fixos ou variáveis (MATOS, 2002).

Através da visualização do seguinte quadro podemos observar alguns pontos fortes e pontos fracos relativos a este tipo de metodologia:

Quadro 4 – Vantagens e desvantagens do sistema de custeio Método Direto

Vantagens	Representam os custos reais por episódio;
	Agrega a informação de acordo com as características dos doentes;
	A informação pode ser inserida no processo clínico eletrónico do doente;
	Definição de pesos relativos e preços mais exatos.
Desvantagens	Exige recolha exaustiva de dados ao longo do processo de produção e da valorização dos meios de produção;
	É necessário um sistema informático robusto;
	Difícil imputação dos custos indiretos.

Fonte: O financiamento e a Integração Vertical dos Cuidados (PowerPoint do Módulo Financiamento e Análise Financeira, 2011).

Método das Seções: Representa o instrumento mais tradicional da gestão de custos. “É o método derivado da aplicação dos princípios de contabilidade geralmente aceites. Consiste na apropriação de todos os custos de produção aos bens elaborados e só os de produção; todos os gastos relativos ao esforço de fabricação são distribuídos para todos os produtos feitos” (MARTINS, 2001).

As expressões de custo unitário associadas a cada um dos centros de custos corresponderão, portanto, a uma diária hospitalar, a uma taxa da sala cirúrgica, a uma consulta ou a um exame. Estes centros de custos podem ser divididos em três seções:

- Principais: Representadas pelas unidades de produção de um hospital, cuja função principal corresponde à prestação de serviços a um paciente. São por exemplo, a área da maternidade, pediatria, ambulatório, clínica médica ou cirúrgica, entre outros serviços oferecidos pelo hospital.
- Auxiliares: Correspondem aos serviços de apoio perante as funções principais, atuando indiretamente na produção subdividindo-se em seções de apoio clínico (Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, Bloco Operatório, entre

outros) e seções de apoio geral (Instalações, Equipamentos e Serviços Hoteleiros).

- Administrativa: Trabalhos realizados no âmbito da Gestão e Direção, Serviços Técnicos e Administrativos.

Segundo Costa *et al* (2008), este método apresenta cinco etapas diferentes, sendo elas:

1. Atribuição dos custos diretos pelas seções principais, pelas auxiliares e administrativas.
2. Distribuição direta dos custos totais das seções administrativas pelas seções auxiliares e principais.
3. Repartição dos custos totais das seções auxiliares de apoio geral às seções principais beneficiárias da sua atividade.
4. Distribuição dos custos totais das seções auxiliares de apoio clínico às seções principais beneficiárias da sua atividade.
5. Repartição os custos das linhas de produção principais pelas unidades de produção consideradas: pela demora média e por doentes saídos, onde no fim são obtidos os custos médios totais por doente saído e por diária de internamento.

As principais vantagens e desvantagens desta metodologia encontram-se resumidamente descritas no seguinte quadro (SANTANA):

Quadro 5 – Vantagens e desvantagens do sistema de custeio Método das Seções

Vantagens	Celeridade na obtenção da informação;
	Capacidade elevada de replicabilidade ao nível individual (por instituição);
	Permite uma análise detalhada por rubrica contabilística.
Desvantagens	Pressupõe um padrão de utilização de recursos constante ao longo do episódio de internamento, isto é, o primeiro e o último dia detêm a mesma valorização;
	Exige o mapeamento entre centros de produção e centros de custos relativos a cada hospital.

Fonte: O financiamento e a Integração Vertical dos Cuidados (PowerPoint do Módulo Financiamento e Análise Financeira, 2011).

Custeio Baseado em Atividade: *Activity based costing* representa uma das mais recentes conquistas da gestão de custos e resultados do setor hospitalar. Descreve os custos sob a segmentação das atividades e não por itens de custos, e permite ao

gestor avaliar se a atividade utilizada para a geração dos serviços é ou não compatível com o nível de valor agregado ao produto ou serviço prestado. Os recursos são consumidos pelas atividades e não pelo produto/serviço em si, gerando como *output* o produto final. Através da introdução e da aplicação deste novo método em que o seu principal objetivo consiste em identificar as atividades necessárias para o processo de elaboração dos serviços, custeando essas atividades e consequentemente todo o processo, todas estas exigências por parte das organizações foram então realizadas (MATOS, 2002).

Segundo Matos (2002), outra análise importante é que pelo ABC é possível calcular o custo da capacidade ociosa, apurando-se uma diferença entre a capacidade disponível e a capacidade utilizada. Esta análise é extremamente interessante, pois sabe-se que alguns hospitais dimensionam sua capacidade de serviços pelo pico e não conseguem manter uma taxa de ocupação neste nível. Isto faz com que haja uma capacidade não utilizada e conhecendo o quanto custa esta capacidade, os hospitais poderão redimensionar sua capacidade para os níveis mais factíveis e eliminar ou mesmo reduzir este custo desnecessário” (BAUMGARTNER, 1998).

2.2.4.1 Produto Hospitalar

Dada tal complexidade de tarefas que constituem a produção hospitalar, acabam por resultar um conjunto de limitações e especificidades próprias do mercado de saúde, tais como a existência de uma multiplicidade de agentes, a grande variedade de produtos hospitalares e o fato da procura ser derivada, ou seja, o utente procura saúde e obtém cuidados de saúde (COSTA, 1994).

O produto final de um hospital poderá ser entendido por alguns autores como produtos intermédios, sem valor intrínseco, que dão informação quanto às atividades do hospital no atendimento aos pacientes, ou por outro lado, como o tratamento durante a fase de internamento do utente. Para Costa e Lopes (2004), o produto hospitalar pode se entendido de duas formas:

1. O produto hospitalar resulta do processo de tratamento
2. O produto é objeto de troca entre a organização (hospital) e o consumidor (utente)

Relativamente ao primeiro ponto, o produto é considerado como um serviço, enquanto que no segundo é caracterizado como o episódio de tratamento. O produto considerado como o tratamento em si do utente é a abordagem mais utilizada, mas exige que o hospital recorra a um sistema que permita definir, identificar e comparar os casos, conhecido como medidas de *case-mix* (COSTA, 1994). Hornbrook aponta duas abordagens genéricas para tal funcionalidade do sistema:

- Sistemas de classificação de doentes;
- Índices escalares

Iremos apenas abordar o Sistema de classificação de doentes.

2.2.4.2 Sistemas de classificação por doente

Existe uma enorme preocupação por parte das instituições de saúde em apurar detalhadamente o custo incorrido do output da sua organização, mais propriamente o custo referente a cada utente. Sendo o utilizador um indivíduo único com características próprias, existem outras características demográficas, diagnósticas e terapêuticas em comum com outros pacientes que podem ser agrupadas.

O sistema de classificação de doentes “ é aquele que os objetos que se pretendem agrupar são doentes, ou episódios de doença. E que o objetivo é tornar compreensíveis as suas semelhanças e diferenças, e permitir que, os que pertençam à mesma classe, sejam tratados de forma semelhante” (Urbano e Bentes, 1990).

De acordo com a literatura consultada, existem vários sistemas de classificação de doentes com diferentes particularidades, como por exemplo, os Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDHs), Disease Staging, o APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation), MedisGroups, o Computerized Severity Index e o Patient Management Categories (Costa, 1994; Hornbrook, 1992), sendo o mais utilizado o GDH.

2.2.4.3 Grupos de Diagnóstico Homogéneos

Segundo Costa *et al.* (2008), os Grupos de Diagnósticos Homogéneos, como conhecidos em Portugal, resultam da adaptação do nome original *Diagnostic Related*

Groups (DRG), constituindo um sistema de classificação de doentes mais conhecido e divulgado por todo o mundo. De origem Americana, mais especificamente da Universidade de Yale, teve a sua aparição nos anos 60 e tem vindo a evoluir até aos dias de hoje (BENTLEY e BUTLER, 1980; COSTA, 1994; URBANO e BENTES, 1990).

Constituem um sistema de classificação de doentes internados em hospitais agudos, onde agrupa doentes do ponto de vista do consumo de recursos em grupos clinicamente coerentes e semelhantes. Permite definir operacionalmente os produtos finais de um hospital, que mais não são que o conjunto de bens e serviços que cada doente recebe em função das suas necessidades e da patologia que o levou a ser internado e como parte do processo de tratamento definido (ACSS,2010).

Este sistema de classificação de doentes, à semelhança de qualquer outro sistema, exige a recolha de um CMD, determinante para o apuramento do diagnóstico principal (causa responsável da admissão no hospital), do diagnóstico secundário (associados à condição clínica do doente, podendo gerar complicações ou comorbilidades), dos procedimentos realizados, idade e sexo do doente, do destino após alta (transferido para outro hospital de agudos, saído contra parecer médico ou falecido) e do seu peso à nascença (recém-nascidos) (ACSS,2010).

Para efeitos de codificação de altas hospitalares em termos de diagnósticos e procedimentos, é utilizado em Portugal, desde 1989, a classificação de diagnósticos e procedimentos (International Classification of Diseases 9th Revision Clinical Modification – ICD -9-CM) (ACSS,2010).

Embora criado originalmente nos E.U.A, tais conceitos iniciais foram adaptados e desenvolvidos em inúmeros países. Em Portugal, os GDH foram introduzidos em 1984 e obrigatório nos dias de hoje (AP-DRG, versão 21.0) com o objetivo de obter uma utilização mais eficiente dos recursos nos hospitais públicos, controlar o crescimento constante da despesa pública no setor da saúde de forma a obter ganhos na produtividade (ACSS,2010).

2.2.5 Método de contabilidade de custos de um utente dentro de uma integração vertical

Os hospitais portugueses que pertencem ao SNS, de uma forma maioritária seguem a metodologia de apuramento de custos prevista no Plano Oficial de Contabilidade Analítica do Ministério da Saúde (PDAH), onde obter a imputação de todos os custos da instituição hospitalar às suas diversas secções principais é considerado o seu foco principal. Através desta metodologia de abordagem *top-down*, partindo dos dados da contabilidade central do hospital, consegue-se atingir um nível de desagregação da informação que permite conhecer os custos médios por utente saído em cada órgão interno (Departamento A, Serviço B, por exemplo) (COSTA *et al.*, 2008).

No seguinte quadro são apresentadas algumas das vantagens da escolha desta metodologia focada no utente, segundo Costa *et al.* (2008).

Quadro 6 – Vantagens da metodologia de apuramento de custos por utente

Vantagens

Conhecer melhor a estrutura do consumo de recursos das organizações prestadoras de cuidados de saúde;

Permitir tomar decisões estratégicas e operacionais com o menor grau de risco associado;

Reorganizar processos produtivos no sentido de maximizar a sua eficiência, qualidade e valor para o utente;

Permitir a aplicação de metodologias de avaliação económica entre cenários alternativos;

Gerir o doente ao longo do processo de produção com critérios de custo-efectividade;

Possibilitar a realização de estudos de acordo com a entidade de agrupamento desejada, como por exemplo, obter custos por patologia, por produto ou por localização geográfica;

Contribuir para a melhoria organizacional através da comparação e utilização de técnicas de *benchmarking* entre organizações;

Construir um elemento agregador em processos de integração de cuidados de saúde;

Permitir desenvolver metodologias de definição de preços e de financiamento dos serviços de saúde com maior rigor e fiabilidade;

Identificar linhas de produção ou produtos de intervenção prioritária.

Para estimar tais custos, tendo em conta a realidade portuguesa, pode-se recorrer a dois processos de metodologia *step-down*: Matriz de Maryland e uma extensão do Método das Secções (SANTANA):

1. Matriz de Maryland: contempla nove rubricas de custos: Bloco, Medicamentos, Radiologia, Laboratório, Consumos, Unidades de Cuidados Intensivos,

Médicos, Administrativos, Hotelaria e Outros. Através da distribuição percentual por rubrica de custos em cada um dos produtos do internamento determinada pela Matriz de Maryland, reafectam-se os custos obtidos na contabilidade central do hospital, sendo possível obter uma estimativa individual de custos em função da duração de internamento de cada doente em cada produto. São então calculados os custos em cada rubrica de Maryland de cada hospital em cada GDH e o seu somatório permite obter os custos totais por GDH por hospital. Como na maioria os hospitais não produzem todos os GDH, os custos afetos a GDH não produzidos foram redistribuídos em função do peso dos custos de cada GDH efetivamente produzido. Ao se obter o custo total por GDH produzido, é então dividido pelo número total de dias de internamento, resultando daí os custos totais por dias de internamento em cada GDH e em cada hospital. Por fim, os custos são imputados a cada doente mediante o seu número de dias de internamento (SANTANA).

No seguinte quadro são apresentadas de forma sucinta as vantagens e desvantagens da utilização deste método de apuramento de custos por doente (COSTA *et al.*, 2008):

Quadro 7 – Vantagens e desvantagens da Matriz de Maryland

Vantagens	Possível de ser utilizada em Portugal;
	Não necessita de intervenção externa (por exemplo, a associação dos centros de custos e de produção);
	Imputação em função das linhas de produto.
Desvantagens	É necessária a disponibilização da Matriz de Maryland;
	A associação entre as rubricas de custo da Matriz e da Contabilidade é considerada uma etapa morosa;
	Processo mais complexo e menos intuitivo do que a metodologia relativa à extensão do Método das Seções.

2. Método das Seções.

Numa primeira etapa é efetuada a correspondência entre os códigos dos centros de custos da contabilidade analítica e os códigos dos centros de produção considerados na base de dados dos GDH. Adiante, é calculado os custos por diária de internamento em cada centro de produção/custo. Por fim, os custos por diária de internamento de cada centro são imputados a cada doente em si (SANTANA).

Esta metodologia apresenta como vantagens a possibilidade de aplicação uniforme na maioria dos hospitais públicos em Portugal (Plano de Contabilidade Analítica) e regularidade da sua obtenção. Como pontos negativos possui um limitado grau de desagregação da informação, falha na correspondência entre os centros de produção, critérios individuais de imputação de custos indiretos, e por fim, falta de celeridade na divulgação da informação (COSTA *et al.* 2008).

Capítulo III.

Objetivos

Capítulo III – Objetivos

Objetivo do trabalho

Pretendeu-se analisar o custo total de um utente internado, inscrito numa USF, que foi seguidamente internado no setor hospitalar. Recorreu-se à base de dados de uma USF e de um hospital, ambos pertencentes à ARS Alentejo do ano de 2010. De seguida, foi efetuado o cruzamento entre os dados dos utentes inscritos na USF e o total de internamento hospitalar, ambos referentes ao ano de 2010, utilizando a sua data de nascimento e respetivo sexo. Chegando aos resultados do internamento, o objetivo central do problema consiste em verificar se o acompanhamento médico do utente na USF tem algum impacto no seu custo do internamento. Outra variável importante para o estudo são os dias de internamento do utente no hospital, esta será estudada como segundo objetivo.

O envelhecimento da população tem sido apontado como grande responsável, entre outros fatores, pelo constante aumento da despesa em saúde, uma vez que são pessoas por vezes incapacitadas e com mobilidade reduzida, que requerem um maior nível de cuidados. Num contexto global, é na Europa onde se verifica uma taxa de idosos (> 60 anos) mais elevada comparativamente com os restantes continentes (WHO, 2011). Relativamente a Portugal, o índice de envelhecimento verifica-se de uma forma mais acentuada nas Regiões Centro e Alentejo, com, respetivamente, 22% e 24%. Sendo que a ultima região referida corresponde base de dados disponibilizada para a realização do trabalho. O índice de envelhecimento sofreu um aumento bastante significativo, passando de 102 (2001) para 128 em 2010, o que significa que por cada 100 jovens há 128 idosos (CENSOS INE, 2001).

Podemos observar tal alteração demográfica através do indicador da Esperança Média de Vida. Representa o número estimado de anos que uma pessoa poderá viver a partir do seu nascimento. Não podendo contudo, confundir os seus resultados elevados com uma melhoria da qualidade de vida. Neste sentido, para o ano de 2009, o continente Europeu e Americano apresenta a mesma EMV para o sexo feminino, equivalente a 79 anos, e para o sexo masculino, estes valores correspondem a 71 anos e 73 anos, respetivamente. Considerando o panorama Nacional, a Região Norte e Centro apresenta a esperança média de vida mais elevada para o sexo masculino, com 76,48 e 78,58 anos respetivamente. Quanto ao sexo feminino verifica-se o mesmo para as mesmas regiões, onde apresentam idades iguais a 82,44 e 82,48 anos (CENSOS INE, 2001).

Considerando então esta situação demográfica do País, e como sendo uma das principais causas do aumento da despesa em saúde, este estudo dará especial atenção à população idosa.

Passamos então a apresentar os objetivos do estudo.

Objetivo 1= Verificar a influência das variáveis da USF em relação ao custo do utente internado em um hospital.

Objetivo 2= Verificar a diferença entre a tipologia de admissão dos utentes no hospital e se o facto de ser ou não programada tem alguma influência nos dias de internamento.

Dada a apresentação dos objetivos, segue-se com a apresentação dos resultados.

Capítulo IV.

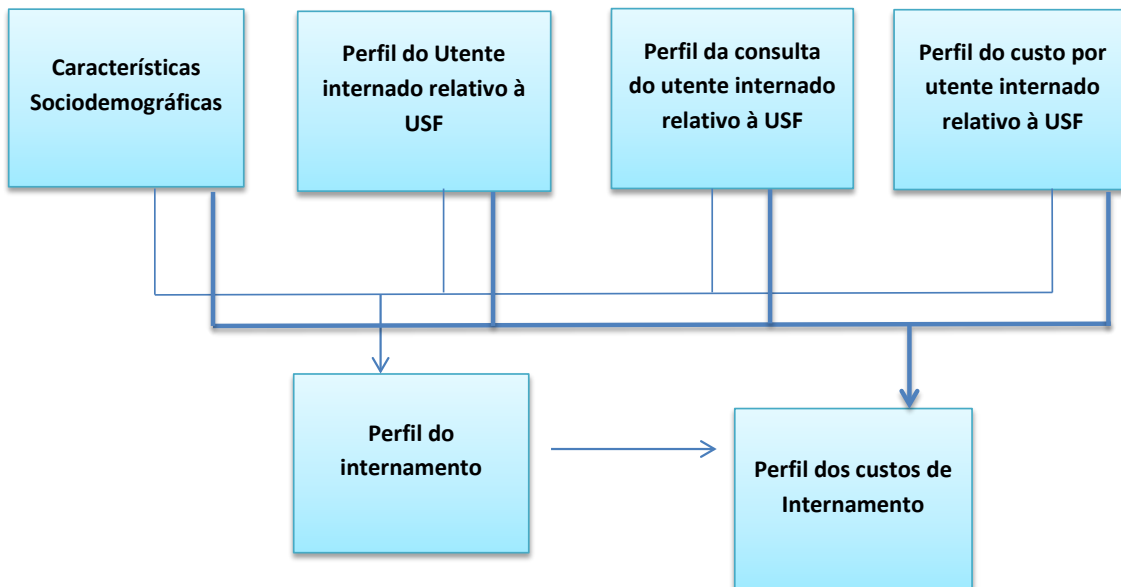
Metodologia

Capítulo IV: Metodologia

O presente capítulo apresenta as fases de investigação, as hipóteses que irão ser abordadas, o modelo de análise das variáveis, a amostra onde engloba as fontes de dados, tipo de estudo, a população em estudo e os seus critérios de exclusão, e por fim, os procedimentos estatísticos utilizados de forma a apurar os resultados.

4.1 Modelo de análise

Gráfico 1 – Modelo de análise das variáveis em estudo



Quadro 8- Operacionalização das variáveis

Dimensões de análise	Variáveis	Descrição da Variável
1) Características sociodemográficas	Sexo	Sexo dos pacientes
	Idade	Idade dos pacientes
2) Perfil do Utente da USF	Anos de inscrição	Anos de inscrição na USF
	Quant_consultas	Quantidade de consultas prestadas no ano de 2010
3) Perfil da Consulta da USF	Médico	Médico que prestou cuidados
	Tipo_atendimento	Se o médico que prestou cuidados era ou não médico de família
	Cód_programa_saúde	Código do programa de saúde
4) Perfil do custo do utente da USF	Grupo Profissional	Custo dos médicos responsáveis pela prestação de cuidados
	Medicamentos	Custo dos medicamentos suportados pelo paciente
	MCDT	Custo dos MCDT suportados pelo paciente
5) Perfil do internamento	Tipo_adm	Tipo de admissão no internamento (não programada; programada e SIGIC)
	Dias de internamento	Total dos dias em que o paciente esteve internado
	GDH	Pacientes agrupados em grupos onde o consumo de recursos é igual.
	Tipo_GDH	Se o procedimento foi médico ou cirúrgico
	DSP	<i>Discharge status of the patient</i> – Destino após alta
6) Perfil dos custos de internamento	Custos do internamento	Custo obtido a partir do GDH correspondente do internamento

4.2 Fontes de dados

4.2.1 Recolha e seleção dos dados

Optou-se por delimitar o estudo à área respetiva ao internamento, dada a sua importância na atividade hospitalar. Foram facultados os dados referentes a uma base de dados de uma Unidade de Saúde Familiar e uma base de dados referente a um Hospital.

4.2.2 Critérios de seleção:

De forma a facilitar a observação e a comparação entre o custo de um utente nos dois diferentes níveis de cuidados de saúde foi selecionado o ano de 2010 como a melhor opção para investigação. Como se tem vindo a observar, Portugal e o resto dos países têm suportado alguns problemas financeiros e surgiu como interesse estudar o decorrer do setor da saúde, tanto nos cuidados de saúde primários como secundários, e como possíveis soluções para que tais valores sejam reduzidos.

4.2.3 Tipo de estudo

O presente estudo classifica-se como transversal analítico, ou seja, são "fotografias" mas que também poderão incluir alguma análise quando as variáveis de exposição e de resultado são persistentes ao longo do tempo.

4.2.4 População em estudo

Inicialmente a população em estudo era de 15.195 utentes inscritos na base de dados da USF e 10.194 utentes da base de dados do Hospital, ambos referentes ao ano de 2010. Ao analisar a base de dados da USF, foram encontrados casos de internamentos em que apresentavam a mesma data de nascimento e o mesmo sexo. Por falta de informação complementar quanto ao perfil dos utentes, foram eliminados todos os casos considerados como duplicados, correspondentes a 983 utentes. Após o cruzamento de dados da USF e do Hospital através da data de nascimento e do sexo, foram encontrados 3.396 internamentos.

Contudo, foram aplicados outros critérios de exclusão dada vasta complexidade de informação:

- Foram excluídos todos os casos onde se verificava a existência de diagnósticos secundários e terciários, limitando o estudo de caso apenas aos diagnósticos principais;
- Foram excluídos todos os casos de recém-nascidos, com idade equivalente a 0 anos e com GDH de códigos: 607, 617, 618, 620, 621, 627, 629 e 635.

No que respeita à última exclusão efetuada, este teve como intuito eliminar os casos dos recém-nascidos com menos de 1 ano, por motivos de não apresentarem um percurso de acompanhamento proveniente dos CSP. Com isto, foram apenas analisados os utentes que foram acompanhados primeiramente pela USF, e que mais tarde, passaram por um processo de internamento.

Do total de 3.396 utentes, o estudo de caso corresponde agora a 3.288 utentes.

4.2.5 Procedimento estatístico

Após a preparação preliminar do tratamento da base de dados entende-se como passo seguinte a análise da estatística, em que o seu objetivo consiste na análise e interpretação dos dados obtidos. Foi utilizado como *software* de auxílio o programa de origem Americana, “Statistical Package for the Social Sciences”(SPSS), versão número 20.

Foram então calculadas as medidas de tendência central para a caracterização da amostra dos utentes inscritos na USF e dos internamentos, face às variáveis presentes na base de dados da USF e do hospital – média, mediana, moda, percentis e quartis. As medidas de associação, como a Correlação de *Pearson*, em que medem o grau de correlação e sua direção entre variáveis em estudo, podendo assumirem valores positivos ou negativos, variando entre -1 e 1 (NIKOLIC *et al.*, 2012):

- $r < 1$ - Associação linear perfeita
- $0,8 < r < 1$ - Associação muito forte
- $0,6 < r < 0,8$ - Associação forte
- $0,4 < r < 0,6$ - Associação moderada
- $0,2 < r < 0,4$ - Associação fraca
- $0 < r < 0,2$ - Associação muito fraca

No caso concreto deste estudo, para efeitos de análise toma-se por referência estes valores referentes aos coeficientes da correlação de *Pearson*.

Esta correlação irá calcular a relação linear entre as variáveis da USF e o custo do internamento, de forma a cumprir o primeiro objetivo.

Para o segundo objetivo, a diferença de médias dos dias de internamento para os diferentes tipos de admissão, foi avaliada através do Teste *T-Student*, para amostras independentes. Os pressupostos deste método estatístico, nomeadamente as normalidades das distribuições e a homogeneidade de variância nos dois grupos foram avaliados, respetivamente, com o teste de *Kolmogorov-Smirnov* com correlação de *Levene* (MARÔCO, 2011).

Por fim, foi utilizado uma regressão linear múltipla (RLM) para obter um modelo parcimonioso para o objetivo 1, que permitisse prever o custo do internamento em função das variáveis independentes, do sexo (dummy¹), idade, custos totais da USF, volume de consultas, tipo de admissão (dummy) e GCD (dummy). Neste caso em particular foi utilizado uma função logaritmo para a variável dependente, o custo de internamento, para que a amostra se aproximasse mais de uma distribuição normal, já que o custo geralmente uma distribuição assimétrica para a direita. Esta função logarítmica é bastante utilizada para os custos em geral e para a saúde, como foi verificado por MIHAYLOVA, *et al.*, (2010). Mas, como a variável dependente corresponde ao custo de internamento, e esta variável apresenta valores iguais a 0€, característicos de pessoas isentas previstas na Portaria 839ª, 2009, optei por excluir da amostra tais valores nulos porque funções logarítmicas não podem apresentar valores iguais a zero. Uma das soluções que se usa por norma é somar uma unidade da medida da variável em todos os casos (1 euro). Contudo uma vez que existiam 103 casos com zero e o valor seguinte são 203,20€, em termos de análise, ter um custo zero e ter um custo de 1 euro ia significar à mesma, casos com valores extremos. Nesta situação em particular não fará sentido recorrer a esta prática alternativa porque iria continuar a haver dispersão.

Quanto ao objetivo 2, a variável dependente corresponde aos dias de internamento e as variáveis independentes dizem respeito ao sexo (dummy), idade, custos da USF, volume de consultas, GCD e tipo de admissão do internamento (dummy).

¹ Dummy = São variáveis que assumem valores 0 ou 1. Para serem formadas, deve-se calcular $k-1$ (número de categorias da variável – 1).

Analisaram-se os pressupostos do modelo nomeadamente o da distribuição normal, homogeneidade e independência dos erros. Os dois primeiros pressupostos foram validados graficamente e o pressuposto da independência foi validado com a estatística de *Durbin-Watson* como descrito por Marôco, 2011. Utilizou-se o Variance Inflation Factor (VIF) para diagnosticar a multicolinearidade, tendo eliminado a variável custo do internamento que estava fortemente correlacionada com a variável dependente deste modelo, dias de internamento $r = 0,66$. Procedeu-se também à eliminação das observações *outliers* referentes ao custo zero. Todas as análises foram efetuadas com o SPSS. Considerou-se para todas as análises uma probabilidade de erro tipo I (α) de 0,05.

Capítulo V.

Apresentação dos Resultados

Capítulo V: Apresentação dos Resultados

Terminada a fase metodológica deste trabalho, segue a apresentação dos resultados obtidos.

5.1 Caracterização dos utentes inscritos na UFS

5.1.1 Caracterização por sexo

Distribuição dos utentes inscritos na USF por sexo

Quadro 9 – Caracterização dos inscritos na USF por sexo e idade

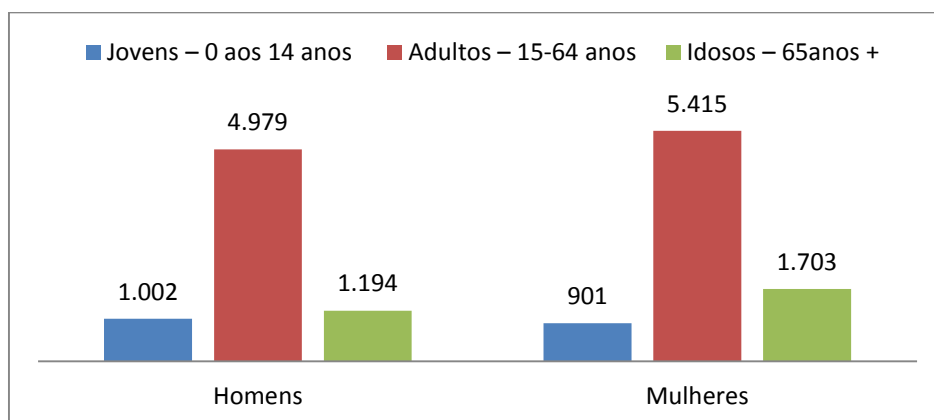
2010			
	Homens	Mulheres	Total
Nº de utentes	7.175 Inscritos	8.019 Inscritos	15.194 Inscritos
Percentagem	47,22%	52,78%	100%
Média de Idades	43 Anos	43 Anos	

Como se pode verificar, a população dos inscritos na USF é maioritariamente do sexo feminino, correspondendo a 52,78% do total da população. Para ambos os sexos, a média de idades corresponde aos 43 anos. Dado tais resultados, conclui-se que o escalão etário mais comum desta população corresponde à fase adulta.

5.1.2 Caracterização por estrutura etária

Distribuição dos utentes inscritos na USF por estrutura etária no ano de 2010

Gráfico 2 – Caracterização da estrutura etária dos inscritos por sexo



Quadro 10 – Caracterização da estrutura etária dos inscritos por sexo, em percentagens

2010			
Estrutura etária dos inscritos por sexo (%)	Homens	Mulheres	Total
Jovens – 0 aos 14 anos	13,96%	11,23%	12,52%
Adultos – 15 -64 anos	69,40%	67,53%	68,41%
Idosos > 65 anos	16,64%	21,24%	19,07%
Total	100%	100%	100%

A distribuição da população da USF consoante o seu grupo etário permite constatar que o maior peso relativo se concentra entre os 15 – 64 anos, seguido o grupo dos idosos (> 65 anos) e 0-14, respetivamente com 12,52%, 68,41% e 19,07%. Relativamente ao sexo, a faixa etária onde se verifica uma maior discrepância entre os homens e mulheres é durante a fase idosa, apresentando uma diferença de 4,6%.

5.2 Caracterização dos utentes internados relativos à USF

Após o cruzamento de dados, a amostra foi reduzida a 3.396 utentes, inscritos na USF que foram internados nos cuidados hospitalares.

5.2.1 Caracterização dos Internamentos da USF

Conforme previsto nos objetivos gerais do presente estudo, segue a análise da correspondência entre o cruzamento dos dados dos utentes dos cuidados de saúde primários e os utentes dos cuidados de saúde secundários. Do total de 15.194 utentes inscritos na lista da USF, 3.396 dos mesmos foram internados nos cuidados secundários.

Quadro 11 – Percentagem de internamento dos utentes da USF

USF	Internamentos	Taxa de Internamento	Em percentagem
15.194 Uteses	3.396 Uteses	$3.396/15.194 = 0,2235$	22,35%

A análise da tabela permite concluir que a taxa de internamento é igual a 22,35%. Uma das possíveis soluções para reduzir tal percentagem está relacionada com o tema principal deste trabalho, ou seja, a integração dos cuidados de saúde. Através da integração vertical dos CSP e do setor hospitalar, o acompanhamento do utente pelo médico da USF será mais valorizado e adequado às suas necessidades de forma a diminuir a taxa de internamento hospitalar.

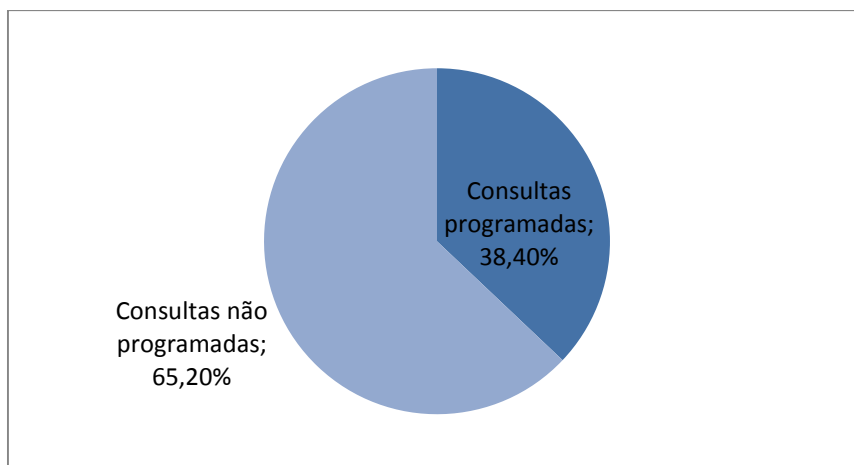
Como se pode observar através da caracterização do género dos utentes, são maioritariamente do sexo feminino, onde apresentam uma média de idades de 47,75 anos.

Quadro 12 – Caracterização dos internamentos por género e média de idades

	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Média de Idades
Utentes internados	1.557 Utentes (45,8 %)	1.839 Utentes (54,2%)	47,57 Anos

O seguinte gráfico apresenta a diferenciação do tipo de internamento ocorrido no hospital, sendo eles programados ou não programados, a média das consultas programadas corresponde apenas a 34,8% do total dos internamentos.

Gráfico 3 – Caracterização do tipo de admissão do internamento



Quanto à patologia mais comum dos internamentos, destaca-se o GDH 373 - Parto vaginal, sem diagnósticos de complicação, de seguida o GDH 371 - Cesariana, sem CC, o GDH 162 - Procedimentos para hérnia inguinal e/ou femoral, idade > 17 anos, sem CC e, por fim, o GDH 14 - Acidente vascular cerebral com enfarte

Quadro 13 - Caracterização dos GDH mais frequentes e média dos dias de internamento

GDH mais frequente				Dias de internamento
GDH-373	GDH-371	GDH-162	GDH-14	
252 Internamentos	217 Internamentos	89 Internamentos	64 Internamentos	5,2 Dias

Como se pode observar, esta amostra caracteriza-se maioritariamente pelo sexo feminino, 54,2% do total de internamentos. Um utente internado recebe, em média, 1,88 consultas na USF e o seu internamento dura, em média, 5,2 dias.

De forma a perceber melhor a realidade do custo de um utente, sendo este o objetivo primordial do trabalho, a amostra inicialmente composta pelos internamentos foi adaptada, representada agora pelo total de internamentos excetuando os recém-nascidos, ou seja, com idade igual a 0 anos e com GDH correspondente às patologias referentes aos recém-nascidos. Para isso foi imposta uma condição *if*, para que os utentes com idade igual a 0 anos e GDH de códigos: 607, 617, 618, 620, 621, 627, 629 e 635, fossem eliminados da amostra. Esta exclusão foi devida ao facto do objetivo deste trabalho ser o estudo relativo à doença, que a meu ver, não engloba o parto como uma situação devida ao acaso mas sim por escolha da própria mãe, e porque também não apresentam antecedentes de custo, já que a meta do estudo consiste em verificar se o custo de um utente internado sem acompanhamento dos CSP tem um custo mais elevado comparativamente àquele que foi acompanhado pela USF.

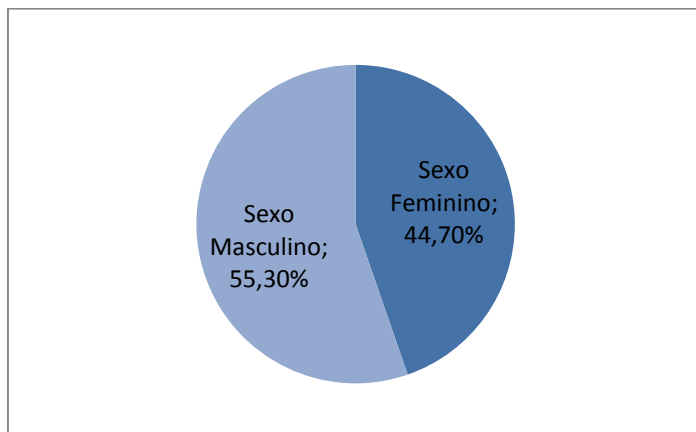
Do total de 3.396 utentes restam agora 3.288 utentes internados, 2.213 não programados e 1.183 programados, em que 860 fazem parte dos programados já codificado (tipo de admissão igual a 2, presente na folha de admissão e alta do hospital) por si só, e 323 pertencentes ao SIGIC².

² *SIGIC = Foi criado pela Resolução do Conselho de Ministros de Junho de 2004, na sequência dos programas especiais de combate às listas de espera para cirurgia, após ter verificado que os utentes não eram atendidos de forma equitativa, que permaneciam tempo excessivo na lista de espera, que não havia uniformidade no agendamento das cirurgias, em que instituição não assumia as responsabilidades das consequências da espera excessiva e os direitos e deveres do utente ainda não se encontravam consagrados de forma adequada (ACSS).

5.2.2 Recém-nascidos retirados da amostra

Foram encontrados 796 casos de recém-nascidos com as características acima descritas. Verifica-se que são maioritariamente do sexo masculino, correspondendo a 55,3% do total.

Gráfico 4 – Caracterização dos recém-nascidos por sexo



5.2.3 Caracterização da amostra sem os recém-nascidos

Quadro 14 – Caracterização da amostra sem os recém-nascidos por idade

	Média de idades	Percentagem	Percentil 30	Percentil 70	Percentil 90
Mulheres	48,92 Anos	54,6% Internados	34 Anos	66 Anos	80 Anos
Homens	45,95 Anos	45,4% Internados	32 Anos	61 Anos	77 Anos

Como se pode observar, é uma amostra maioritariamente composta pelo sexo feminino, com 54,6% e apenas 45,4% referente ao sexo masculino. O peso dos idosos tem vindo a aumentar de forma significativa, devido por um lado à diminuição da taxa de natalidade, e pelo aumento da esperança média de vida. Observa-se uma menor preponderância através do Percentil 30 em que até 30% da amostra apresenta idade inferior a 30 anos, e do Percentil 70 onde mais de 30% da amostra apresenta idade superior a 60 anos. É de notar que as mulheres apresentam idades superiores aos homens, onde a média de idade é de 48,92 anos e, para os homens a média corresponde a 45,95 anos.

5.2.3.1 Anos de inscrição dos internados

Quadro 15 – Caracterização dos anos de inscrição dos utentes na USF

	Média	Moda	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
Anos de inscrição	9,71 Anos	12 Anos	9 Anos	11 Anos	12 Anos

Pode-se constatar que a USF apresenta um valor bastante elevado de inscrições com mais de 10 anos, em que a média é igual a 9,71 anos, ou seja, a maioria dos utentes que se encontram inscritos na Unidade apresentam, em média, 9 anos de inscrição. Como se pode observar através da análise do Percentil 25, os primeiros 25% da amostra apresentam até 9 anos de inscrição, ou seja, os restantes 75% do total apresentam valores superiores a 9 anos. O número mais comum de inscrição é verificado através da moda, neste caso corresponde a 12 anos de inscrição.

5.2.3.2 Comparação dos anos de inscrição da USF com os anos de inscrição dos utentes que foram internados

Devido à grande diferença existente entre o tamanho das duas amostras, foi utilizado o Coeficiente de Variação (CV) para calcular a relação percentual do desvio padrão em relação à média.

CV = s/μ , em que s = desvio padrão e μ = média

Quadro 16 – Cálculo do Coeficiente de Variação para os anos de inscrição do total de inscritos e dos internados

CV da USF (total dos inscritos)	CV= $2,81/10 = 0,281$ (28,1%)
CV dos internamentos	CV= $2,78/9,71 = 0,29$ (29%)

Feita a proporção adequada para efetuar a comparação, verifica-se que apresentam valores bastante próximos em ambas as amostras em estudo. Quanto maior for o valor obtido maior é a dispersão dos valores do conjunto, e quanto menor foi o CV mais homogéneo é o conjunto. Em ambos os casos a dispersão dos dados em relação à média é elevada, ou seja, estamos perante uma população heterogénea. Os fatores do envelhecimento e da diferença significativa entre a esperança média de vida de ambos os sexos poderão estar na base dos motivos de tal disparidade entre as idades das amostras.

5.2.3.3 Anos de inscrição por sexo

Quadro 17 – Caracterização dos anos de inscrição por sexo

Sexo Feminino	Média = 9,73 Anos de inscrição
Sexo Masculino	Média = 9,69 Anos de inscrição

Verifica-se que o sexo feminino apresenta uma média de anos de inscrição superior ao sexo oposto (9,73 anos de inscrição > 9,69 anos de inscrição). Tal resultado pode ser explicado novamente pela esperança média de vida mais elevada, onde tendem a viver mais que os homens. Há que salientar que uma maior longevidade não implica uma maior qualidade de vida.

5.2.3.4 Quantidade de consultas

Quadro 18 – Caracterização da quantidade de consultas prestadas na USF

Percentil 50	Percentil 70	Média	Mediana
1 Consulta	2 Consultas	1,86 Consultas	1,0 Consulta

Verifica-se que em média são prestadas 1,86 consultas por utente internado, em que até 50% da amostra apresenta uma consulta em média, e os restantes 30% da amostra obtiveram duas ou mais consultas. Como foi dito anteriormente, existem casos *outliers* que enviesam os resultados esperados, onde fazem oscilar os valores para fora da média devido a um ou dois casos excecionais.

5.2.3.5 Quantidade de consultas por sexo

Quadro 19 – Caracterização da quantidade de consultas prestadas na USF por sexo

	Média	Desvio Padrão
Sexo Feminino	1,97 Consultas	2,159
Sexo Masculino	1,74 Consultas	2,314

Observa-se que as mulheres apresentam um número médio de consultas mais elevado que os homens, com 1,97 consultas e 1,74 consultas respetivamente. Analisando agora o DP de ambos os sexos, verifica-se que o do homem é mais elevado do que o da mulher, isto porque existem casos *outliers* na amostra masculina, em que apenas um caso apresenta valores discrepantes do que o normal estipulado pela média, oscilando os resultados da amostra.

5.2.3.6 Médicos

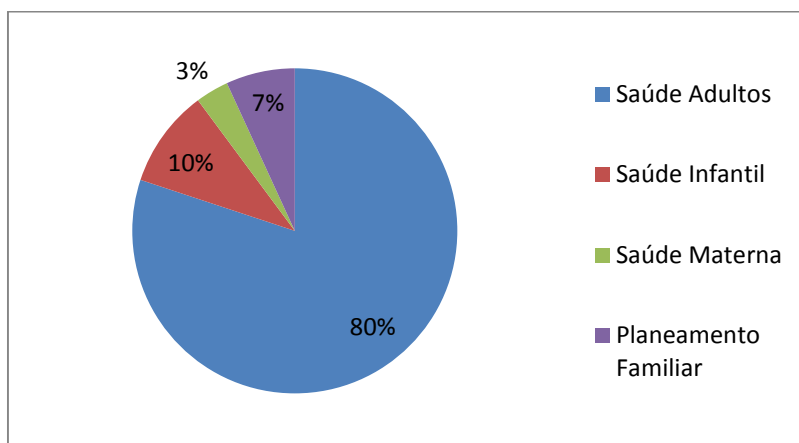
Quadro 20 - Caracterização dos médicos pertencentes à USF

Percentil 25	Percentil 75	Média
2 Consulta/utente	7 Consultas/utente	4,46 Consultas/utente

Relativamente à parte dos recursos humanos, cada médico presta em média 4,46 consultas por utente. Até 25% da amostra são prestadas duas consultas por utente, recebendo os restantes 25% da amostra 7 consultas por utente.

5.2.3.7 Tipo de consulta

Gráfico 5- Caracterização da do tipo de consultas da USF



Como era de esperar devido à população ser envelhecida, existe uma maior quantidade de consultas prestadas ao escalão etário dos adultos, com uma percentagem de 60,7% do total das consultas, seguindo a saúde infantil com 7,4%, o planeamento familiar com 5,2% e, por fim, a saúde materna com 2,5%.

5.2.3.8 Dias de internamento

Observou-se uma média de dias de internamento de 6 dias por utente.

5.3 Objetivo 1 – Variáveis da USF influenciam o custo do internamento

5.3.1 Idade influencia o custo do internamento

Dado ao envelhecimento da população, tornou-se interessante analisar a influência da idade no custo de internamento. De forma a certificar se esta relação se verifica, foi utilizado como auxílio o Coeficiente de Correlação de *Pearson*.

Quadro 21 - Correlação entre o custo do internamento e a idade

	Idade VS Volume de consultas	Idade VS Anos de inscrição	Idade VS Custos do utente na USF	Idade VS Custos de Internamento	Idade VS Custo total da USF
Pearson correlation, r	r = 0,240	r = 0,368	r = 0,409 Med r = 0,207 MCDT r = 0,241 RH	r = 0,245	r = 0,425
Sig (2-tailed)	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
N	3.288	3.288	3.288	3.288	3.288

*Correlação é significativa para um $p < 0,01$

Comparando as variáveis volume de consultas e idade, chega-se à conclusão que a relação existente entre elas é fraca ($r = 0,240 < 1$). Como se pode observar, a correlação entre os anos de inscrição e a variável idade é significativa mas fraca, $r = 0,368 < 1$. Comparando a idade com os custos referentes à USF, verifica-se que existe uma maior ligação na rubrica dos medicamentos, onde a correlação de Pearson é mais elevada ($r = 0,409$). Quanto à rubrica dos MCDT, tal ligação já não é tão acentuada como os medicamento, apresentando um valor de correlação de *Pearson* de $r = 0,207$, sendo considerada uma associação muito fraca. Por fim, criou-se uma nova variável designada como Custo total por utente na USF³, e neste caso verifica-se um aumento da correlação passando a moderada existente entre o custo do utente na USF e a idade ($r = 0,425$). A correlação entre a idade e os custos de internamento apresenta um sentido positivo mas uma associação fraca ($r = 0,245$), ou seja, a idade poderá influenciar o custo de internamento mas não de forma significativa como o esperado. Comparativamente com os valores que obtivemos anteriormente quando comparado o total do custo da USF, esta relação é considerada fraca ($r = 0,245 < 0,425$).

³ A variável “Custo Total por Utente da USF” foi construída através da soma (Custo dos Medicamentos + Custo dos MCDT + Custo das Consultas).

5.3.2 Volume de consultas influencia do custo do internamento

De forma a certificar se esta hipótese se verifica e se intensidade da associação linear existe entre as variáveis, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de *Pearson*.

Quadro 22 - Correlação entre o custo do internamento e com restantes variáveis da USF

	Quantidade de consultas VS custo de internamento
Pearson correlation, r	r= 0,073
Sig (2-tailed)	0,000*
N	3.288

*Correlação é significante para um $p < 0,01$

Quando comparada a quantidade de consultas recebidas pelo utente na USF e o seu custo durante o internamento, verifica-se que existe uma correlação significativa de sentido positivo mas muito fraca, apresentando um valor muito baixo comparativamente com os restantes que temos vindo a analisar ($r = 0,073$).

Como foi verificado que o GCD 14 - Gravidez, Parto e Puerpério e o escalão etário dos idosos pertencem a uma grande fatia dos internamentos, 19,7% e 29% do total, foram analisados separadamente.

5.3.4 Retirar o GCD 14 - terá algum impacto nos custos de internamento

5.3.4.1 Amostra dos GCD-14 Gravidez, Parto e Puerpério

Foram então analisados separadamente os 644 casos encontrados referentes ao GCD 14 – Gravidez, Parto e Puerpério.

Quadro 23 - Correlação entre o volume da amostra e os custos da USF e internamento

	Dias de internamento VS Volume de consultas	Volume de consultas VS custo de internamento
Pearson correlation, r	r = -0,023	r= -0,04
Sig (2-tailed)	0,000	0,000
N	644	644

*Correlação é significante para um $p < 0,01$

Os dias de internamento e o volume de consultas prestadas pela USF apresentam um resultado interessante e de acordo com o esperado, ($r = -0,023$). Significa que um

maior acompanhamento do utente nos CSP reforça a ideia de que o custo do seu internamento poderá ser menor, devido à quantidade de dias internado ser reduzida também. Existe uma relação de sentido negativo, mas ainda muito fraca, entre a variável quantidade de consultas e o custo de internamento ($r = -0,04$), ou seja, quanto mais consultas são prestadas aos utentes na USF poderá o seu custo no internamento ser menor.

5.3.4.2 Amostra sem o GCD-14 Gravidez, Parto e Puerpério

Quadro 24- Correlação entre a nova amostra, excetuando o GCD 14

	Volume de consultas e custo de internamento
Pearson correlation, r	$r = 0,053$
Sig (2-tailed)	0,000*
N	2.644

*Correlação é significativa para um $p < 0,01$

Comparando agora o volume de consultas e o custo de internamento, observa-se uma correlação de sentido positivo mas muito fraca, onde o $r = 0,053$. Quando comparado o volume e o custo de internamento para a amostra inicial de 3.288 internamentos, verifica-se uma redução de $r = 0,073$ para $r = 0,053$, mantendo-se ainda a um nível muito fraco.

5.3.5 Retirar o escalão etário dos idosos terá algum impacto nos custos

5.3.5.1 Amostra do escalão etário

Quadro 25 – Volume de consultas e custo de internamento

	Volume de consultas e custo de internamento
Pearson correlation, r	$r = 0,015$
Sig (2-tailed)	0,000*
N	943

*Correlação é significativa para um $p < 0,01$

Neste caso, quando comparado o volume de consultas e o custo de internamento, verifica-se que é significativo apresentando uma associação muito fraca, onde $r=0,015$.

5.3.5.2 Amostra sem o escalão etário

Quadro 26 – Volume de consultas e custo de internamento

	Volume de consultas e custo de internamento
Pearson correlation, r	$r=0,045$
Sig (2-tailed)	0,000*
N	2.345

*Correlação é significativa para um $p<0,01$

Concluiu-se o mesmo para a correlação anterior, sendo esta significativa mas de associação muito fraca, apresentando valores de $r=0,045$. Comparativamente para o total dos internamentos, esta nova correlação apresenta valores inferiores a $r=0,073$.

5.3.5.3 Amostra sem o escalão etário dos idosos e sem o GCD 14

Do total 3.288 internamentos, após a exclusão do GCD 14 (644 internamentos) e da faixa etária pertencente aos idosos (943 internamentos), restou uma amostra de 1.701 casos.

Quadro 27 - Correlação entre a nova amostra reduzida e variáveis de ambos os cuidados de saúde

	Idade VS Custos da USF	Volume de Consultas VS custo do internamento	Idade VS Custos do internamento
Pearson correlation, r	$r=0,298$	$r=0,035$	$r=0,186$
Sig (2-tailed)	0,000*	0,000*	0,000*
N	1.701	1.701	1.701

*Correlação é significativa para um $p<0,01$

Relacionando estas duas variáveis da idade e dos custos da USF, conclui-se que a correlação é maior na rubrica do custo dos MCDT do que o custo dos medicamentos e do que o custo da consulta, de $r=0,257$, $r=0,264$ e $r=0,141$. Significa que ao excluir o escalão etário dos mais idosos, o custo em medicamentos reduz em grande escala,

baixando de $r = 0,409$ (referente à amostra inicial dos internamentos, para $n=3.288$) para $r=0,298$. A correlação obtida entre o volume de consultas e o custo de internamento também apresenta um sentido positivo mas com associação muito fraca, $r = 0,035$, ou seja, a quantidade de consultas poderá influenciar de certo modo o custo do utente internado. Verifica-se uma correlação de sentido positivo mas muito fraco ($r = 0,186$). Significa que a idade poderá ter alguma influência no custo do internamento, mesmo sendo ela uma correlação muito fraca. Comparativamente com a amostra inicial, de 3.288 internamentos, verifica-se uma redução de $r = 0,245$ para $r = 0,186$, ou seja, ao serem retirados os casos dos idosos, por motivos de maior frequência, a relação entre a idade e o custo do utente internado ainda existe, mas apresenta uma associação ainda mais fraca.

5.3.6 Regressão Linear Múltipla

Por fim, foi ainda realizada uma regressão linear com o intuito de intensificar a análise da relação entre as variáveis da USF (independente) e o custo de internamento (dependente). Neste caso em particular, foi utilizado uma função logaritmo para a variável dependente, o custo de internamento, para que a amostra se aproximasse mais de uma distribuição normal, já que o custo geralmente uma distribuição assimétrica para a direita. Como foi dito anteriormente, quando se utiliza uma função logarítmica, a variável não deve apresentar valores iguais a zero, neste caso correspondiam aos custos de internamentos referentes às isenções apresentadas pela Portaria 839^a, 2009. Foram então considerados casos *outliers* e excluídos da análise.

Variável Dependente: Log (Custo do Internamento)

Variáveis Independentes: Sexo (ref^{a4} feminino); Idade, Custos da USF, Tipo de admissão (ref^a não programada), Volume de consultas e GCD (ref^a GCD 14 – Grávidas, Partos e Puerpério);

⁴ Categoria de Referência

Quadro 28 – Fatores determinantes do Custo do Internamento (Log).

Variáveis independentes	Beta
Sexo (Masculino = 1)	0,01
Idade	0,363*
Custo_Total_usf_utente	-0,016
Volume das consultas	0,010
Tipo de admissão (Programada = 1)	0,077*
GCD (GCD #14)	-0,209*
R ² ajustado	23,8%

*p< 0,05

Partindo do pressuposto que quanto maior foi a quantidade de dias de internamento poderá aumentar os custos de internamento, sendo uma relação implícita, foi analisado quais as variáveis que podem reduzir os dias de internamento.

Em primeiro lugar, de forma a calcular os valores correspondentes a beta, como estes se encontravam em função logaritmo, para os valores de $\beta < 0,05$ foi utilizado a função exponencial⁵.

Este modelo é significativo e pode explicar uma proporção significativa da variabilidade do custo do internamento ($R_a^2 = 0,238$). Pode explicar 23,4% da variância do Log (Custos do Internamento). Mantendo-se tudo o resto constante, pertencer ao GCD 14 pode diminuir o custo do internamento em $(100 \times 0,209)$, menos 20,9% face a pertencer a outro GCD. Quanto ao género do utente não explica tal variância do custo, $\beta = 0,01$ sendo independente. Já a idade do utente pode explicar a variância do custo do internamento, como se tem observado, $\beta = 0,363$. O tipo de admissão neste modelo já passou a explicar a variância de forma significativa, ainda em valor reduzido, mas pode explicar a variância do custo de internamento em sentido contrário. Por fim, o volume de consultas da USF também pode explicar a variância do custo, apresentando um $\beta = 0,077$. Conclui-se que através da elaboração deste modelo de regressão, existem três variáveis que podem sim influenciar o aumento do custo do utente, em sentido positivo, durante o seu internamento, sendo a idade, o tipo de admissão e o facto de pertencer ao GCD 14.

⁵ Função exponencial = $[(e^\beta) - 1] \times 100$

5.4 Objetivo 2 – O tipo de admissão influencia os custos de internamento

5.4.1 Tipo de admissão tem alguma influência os custos de internamento

De forma a certificar se esta hipótese se verifica, foi utilizado como auxílio o teste *T-Student*, de forma a testar o ajustamento desta distribuição amostral.

Recorrendo ao teorema do limite central, e como o *n* da amostra é superior a 30, assume-se que esta distribuição é aproximadamente normal. Em primeiro lugar foi calculado o teste Levene's, sendo o pressuposto verificar a equidade das variâncias. Conclui-se que o $p=0,390$, maior do que o estipulado para o nível de significância fixado *a priori* ($p \leq 0,05$), então não se rejeita H_0 , não havendo evidência estatística que me permita rejeitá-la, então considera-se que as médias são iguais.

Observando a leitura do teste, ($F = 4,206$)= $0,040$, confirma que as variâncias das duas amostras são diferentes.

Quando 29 - Teste *T-Student* para o custo de internamento do utente e o seu tipo de admissão

	Teste de Levene's para a equidade das variâncias		T-Test para equidade das médias
	F	Sig	Sig
Não assumem variâncias iguais	4,206	0,040*	0,309

*Correlação é significativa para um $p < 0,05$

O tipo de admissão de uma consulta, sendo ela programada ou não programada, não poderá influenciar o custo do internamento nem os dias de internamento. Tal conclusão verifica-se nos três tipos de amostras analisadas. Concluiu-se que o que é importa é o acompanhamento em si na USF do que verdadeiramente o tipo de admissão, se é ou não programada.

5.4.2 Regressão Linear Múltipla

Visto não haver qualquer tipo de influencia do tipo de admissão e o custo de internamento, foi então efetuada uma regressão linear com o intuito de analisar se existe uma relação entre os dias de internamento e a tipologia de admissão, visto que nada se concluiu de forma a explicar tal variância, e poderá ser que devido à forte correlação entre as mesmas fará com que se obtenha melhores resultados.

Foi então verificado o relacionamento entre a variável dependente – dias de internamento e as variáveis independentes, como o sexo, idade, custo da USF, custo do internamento, GCD e volume de consultas. Entretanto, de forma a analisar em maior rigor este objetivo, foram realizadas quatro regressões lineares para cada um dos tipos de amostra. A primeira diz respeito a todos os internamentos, a segunda regressão refere-se apenas aos internamentos do GCD 14, de seguida apenas o escalão etário dos idosos (> 64 anos), e por fim, para amostra inicial excetuando o GCD 14 e os idosos.

Partindo do pressuposto que quanto maior foi a quantidade de dias de internamento poderá aumentar os custo de internamento, sendo uma relação implícita, foi analisado quais as variáveis que podem reduzir os dias de internamento.

Variável dependente = Tipo de admissão

Variáveis independentes

- Amostra I - Sexo (refª feminino), idade, custo da USF, tipo de admissão (refª Não Programada), custo do internamento, GCD (refª GCD 14 – Gravidez, Parto e Puerpério) e Volume de Consultas
- Amostra II - Sexo (refª feminino), idade, custo da USF, tipo de admissão (refª Não Programada), custo do internamento, GCD (refª GDH 373 - Parto vaginal, sem diagnósticos de complicação) e Volume de Consultas;
- Amostra III - Sexo (refª feminino), idade, custo da USF, tipo de admissão (refª Não Programada), custo do internamento, GCD (refª GCD 5 - Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório) e Volume de Consultas;
- Amostra IV - Sexo (refª feminino), idade, custo da USF, tipo de admissão (refª Não Programada), custo do internamento, GCD (refª GCD 14 – Gravidez, Parto e Puerpério) e Volume de Consultas.

5.4.2.1 Amostra I – Todos os internamentos

Quadro 30 – Fatores determinantes dos Dias de Internamento

Variáveis independentes	Beta
Sexo (Masculino= 1)	-0,012
Idade	0,203*
Custo_Total_usf_utente	0,016
Volume das consultas	-0,003
Tipo de admissão (Programada= 1)	-0,180*
R ² ajustado	0,134

*p< 0,05

Já este modelo apresenta uma qualidade de $R_a^2 = 0,134$, em que poderá explicar 13,4% da variância dos dias de internamento face às variáveis independentes. Neste caso em particular, as variáveis significativas deste modelo são a idade, como temos vindo a observar ($\beta = 0,203^*$) e os dias de internamento ($\beta = -0,180^*$). As restantes variáveis, como o sexo, o custo total da USF e o volume não são significativas para este modelo, correspondendo a $\beta = -0,012$, $\beta = 0,016$ e $\beta = -0,003$. O que diz respeito à leitura dos GCD analisados, comparativamente com o GCD 14 de referência, os que apresentam valores significativos correspondem ao GCD 2, GCD 3, GCD 4, GCD 8 (sendo o mais significativo, $\beta = 0,196^*$), GCD 11, GCD 12, GCD 19, e por fim, GCD 25.

5.4.2.2 Amostra II – Apenas o GCD 14

Quadro 31 – Fatores determinantes dos Dias de Internamento

Variáveis independentes	Beta
Idade	0,001
Custo_Total_usf_utente	0,050
Volume das consultas	-0,063
Tipo de admissão (Programada= 1)	-0,116*
R ² ajustado	0,211

*p< 0,05

Este modelo é significativo e pode explicar uma proporção significativa da variabilidade do custo do internamento ($R_a^2 = 0,211$). Neste caso a idade não é significativa, sendo o seu valor de β igual a 0,001. Os custos da USF e o volume de consultas são também variáveis não significativas, apresentando de valor $\beta = 0,050$ e $\beta = -0,063$. Já o tipo de

admissão apresenta valores significativos e de sentido negativos, ou seja, podem variar os dias de internamento em sentido inverso ($\beta = -0,116$). Quanto à leitura dos GCD faz-se por referência ao GDH mais frequente pertencente ao GCD 14 GDH -373- Parto vaginal, sem diagnósticos de complicação. Verifica-se que a maior parte dos GDH são significativos, como o GDH 371, GDH 372 (sendo o mais significativo, $\beta = 0,205$), GDH 377, GDH 380, GDH 382, e por fim, GDH 384.

O facto do tipo de admissão ser programado ou não programado, é significativo em sentido negativo ($\beta = -0,180$), ou seja, se for programada poderá reduzir os dias de internamento.

5.4.2.3 Amostra III – Apenas os idosos

Quadro 32 – Fatores determinantes dos Dias de Internamento

Variáveis independentes	Beta
Idade	-0,022
Sexo (Masculino= 1)	-0,024
Custo_Total_usf_utente	0,044
Volume das consultas	-0,050
Tipo de admissão (Programada= 1)	-0,209*
R ² ajustado	0,068

* $p < 0,05$

Este modelo é pouco significativo, poderá explicar a variância dos dias de internamento, apresentando um $R_a^2 = 0,068$, ou seja, apenas 6,8%. Neste modelo todas as variáveis não são significativas, com exceção do tipo de admissão, sendo ela a única significante. Quanto à idade e ao género do utente, são variáveis que podem variar em sentido contrário, apresentando um $\beta = -0,022$ e $\beta = -0,024$ respetivamente. Os GCD são lidos como referência ao GCD 5 - Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório. Quanto aos mais significativos face a este GCD, o que mais se destaca é o GCD 8 - Doenças e Perturbações do Sistema Músculo-esquelético e Tecido Conjuntivo, apresentando um $\beta = 0,261^*$. Por fim, quanto ao tipo de admissão, esta variável apresenta um valor de beta igual a $\beta = -0,209^*$, ou seja, o facto de ser programada poderá influenciar os dias de internamento em sentido contrário.

5.4.2.4 Amostra IV – Sem GCD 14 e sem idosos

Quadro 33 – Fatores determinantes dos Dias de Internamento

Variáveis independentes	Beta
Sexo (Masculino= 1)	-0,010
Idade	0,154*
Custo_Total_usf_utente	-0,036
Volume das consultas	0,056
Tipo de admissão (Programada= 1)	-0,187*
R ² ajustado	0,12

*p< 0,05

Retirando as duas restrições das amostras, este modelo representa 12% da variância. O sexo, o custo total da USF e o volume das consultas não são significativos para este modelo, apresentando valores $\beta = -0,010$, $\beta = -0,036$ e $\beta = 0,056$, respectivamente. A idade é uma variável sempre significativa como temos vindo a observar, em que o seu valor de beta é 0,154*. Novamente, o tipo de admissão é significativo e negativo ($\beta = -0,187$), ou seja, a consulta programada poderá novamente influenciar os dias de internamento em sentido contrário. Quanto aos GCD como base de referência o GCD 14, sendo estes o mais frequente, os mais significativos são os GCD 2, novamente o GCD 8 e o GCD 19, sendo este ultimo o mais significativo ($\beta = 0,178$).

Capítulo VI.

Discussão dos Resultados

Capítulo VI: Discussão dos Resultados

Depois de terem sido abordados os principais temas no capítulo anterior, são agora apontadas as limitações metodológicas que surgiram durante a execução do trabalho e a discussão dos resultados obtidos.

6.1 Discussão Metodológica

6.1.1 Limitações do estudo

Uma limitação encontrada neste presente estudo está relacionada com a pobreza dos dados em relação aos reinternamentos, em que a base de dados disponibilizada não possuía tais valores necessários para que a taxa de um reinternamento fosse calculada. Teria sido interessante observar quais foram os tipos de utentes que passaram por uma fase de reinternamento e quais as consequências para o seu custo.

Dos dados referentes à base de dados da USF, foram encontrados casos duplicados onde a data de nascimento e o sexo eram iguais, não havendo informação suficiente sobre o perfil do utente de forma a diferenciá-lo através de outra característica, podendo eles pertencerem à mesma pessoa ou a pessoas diferentes.

Devido à exaustividade do registo/codificação dos episódios, assim como o nível de precisão dos dados clínicos recolhidos, estas condições poderão influenciar de forma mais evidente os indicadores ajustados ao risco individual dos pacientes. São fatores que podem acontecer devido ao fato da base de dados dos GDH ser uma fonte de registo rotineiro e sistemático em todos os hospitais no país, causando possíveis enviesamentos.

Outra limitação diz respeito à ausência de estudos atuais referentes a esta área, onde apenas foi encontrado um estudo realizado sobre a relação entre as características dos doentes e o consumo de recursos num hospital, referente ao ano de 1989.

6.2 Discussão dos Resultados

Sendo o principal objetivo deste projeto verificar se o acompanhamento do utente na USF tem alguma influência no custo do internamento, desde os custos das rubricas de medicamentos, MCDT, o custo por consulta e o volume das mesmas, se poderão afetar de alguma forma o internamento do utente nos cuidados hospitalares. No que diz respeito ao segundo objetivo a ser investigado, este consiste em analisar se o tipo de admissão dos internamentos contribui para a oscilação do custo do internamento.

Detalhando a análise por diferentes tipos de amostras, foram obtidos os seguintes resultados:

6.2.1 Objetivo 1 – Variáveis da USF influenciam o custo do internamento

6.2.1.1 Amostra I – Amostra excetuando os internamentos pertencentes ao GCD 14-Gravidez, Parto e Puerpério

Com base em outros estudos realizados sobre este GCD específico, chegou-se à conclusão que representam uma grande fatia dos internamentos. Dada tal influência no volume dos internamentos (19,7%), poderá influenciar de certo modo o seu custo final. Quando analisados os internamentos, verificou-se a existência de variáveis que podem influenciar de modo inverso o custo do utente internado, onde um maior volume de consultas ($r = -0,004$) e um maior custo em medicamentos ($r = -0,014$) podem reduzir o custo do internamento. Este resultado permite concluir e ir de acordo com Costa (2008), em que o acompanhamento do utente na USF poderá evitar os cuidados duplicados devido a existência de comunicação entre tais instituições. Quanto à amostra inicial, excetuando os internamentos pertencentes ao GCD 14, verificou-se que o custo de internamento apresenta uma correlação positiva com todas as variáveis, sendo a mais significativa o custo dos medicamentos ($r = 0,059$).

Devido ao facto dos dias de internamento poderem afetar de forma significativa o custo do internamento ($r = 0,666$), verificou-se que ao serem retirados os internamentos referentes ao GCD 14, a média da duração do internamento baixou de 6 dias para 4 dias. Conclui-se que esta amostra relativa poderá influenciar o aumento da duração dos dias de internamento, como são casos procedimentos, de em média, curta duração.

6.2.1.2 Amostra II – Amostra excetuando o escalão etário dos idosos

Devido o aumento do envelhecimento verificado na população e o aumento da sua esperança média de vida, a complexidade de tratamento relacionada com as doenças crónicas desencadearam novas necessidades de tratamento, devendo estas serem ajustadas através de mecanismos capazes de garantir a universalidade e equidade no acesso (NOLTE, 2008). Tornou-se interessante analisar em separado este escalão etário.

Concluiu-se que a maioria das correlações apresentam valores positivos mas pouco significantes, ou seja, podem contribuir para o aumento do custo mas de forma pouco significativa, e a correlação que apresentou valor negativo refere-se à idade do utente. Isto explica que quanto maior a idade do utente menor poderá ser o seu custo de internamento, ao contrário de um estudo realizado onde se associaram aos níveis de escalão etário mais elevados situações com prognóstico mais reservado (Poster e Lin, 1975; Feter et al, 1980; Jones, 1985). Dado a sua duração de vida prevista quando internados seja considerada curta, os dias de internamento desse utente no hospital são menores, em que muitas das vezes acabam por falecer, em que se verificou uma taxa de falecimento de 10,9% do total de internamentos. Esta conclusão vai ao contrário com Costa *et al.* (1989), em que a idade avançada pode representar algumas vezes a razão causal de maior consumo de cuidados e recursos hospitalares, designadamente, quando existir uma relação entre idade e diagnóstico presente e respetiva complexidade.

6.2.1.3 Amostra III – Amostra excetuando os internamentos referentes ao GCD-14 e os idosos (com mais de 64 anos)

Relativamente à terceira amostra, foram então retirados os internamentos referentes ao GCD 14 - Gravidez, Parto e Puerpério e os utentes com mais de 64 anos. Concluiu-se que o custo de internamento está correlacionado positivamente com todas as variáveis, em que a maior correlação, $r=0,061$, refere-se ao custo em MCDT. Conforme o esperado, concluiu-se que, ao retirar a faixa etária dos idosos, escalão correspondente ao elevado custo em medicamentos, a rubrica custo em MCDT poderá influenciar em maior proporção o custo do internamento. Poder-se-á novamente concluir que os utentes com mais de 65 anos são os responsáveis pelo aumento do custo dos medicamentos. Como possível solução de retenção dos custos em medicamentos, foi comunicado em 2009 pelo Governo Português, que seria colocado

em prática a gratuidade dos fármacos, especialmente na região do Alentejo, onde se verifica um forte envelhecimento, mas foi contestada por muitos como um incentivo ao desperdício.

Importa ainda salientar, que para todas as amostras analisadas, a rubrica dias de internamento é considerada a que apresenta uma maior correlação com o custo de internamento. Dada esta realidade, torna-se importante apostar na redução do tempo de internamento do utente, sendo este uma possível causa do aumento do custo. Portanto, a integração dos dois níveis de cuidados proporcionará uma mudança do paradigma de tratamento da doença aguda para a sua prevenção e controlo ao nível dos CSP, aumentando o acompanhamento do utente nas USF, e como benefício uma redução dos dias de internamento, causa principal do aumento dos custos de internamento.

6.2.1.3 Regressão Linear Múltipla

Partindo do pressuposto que quanto maior for o acompanhamento do utente nos CSP poderá influenciar o aumento dos custos de internamento. Através da realização da RLM do logaritmo (custos de internamento), concluiu-se que nem todas as variáveis independentes analisadas influenciam como o esperado o custo final. Relativamente ao primeiro objetivo, a variável que mais podem explicar a variância do custo de internamento, em sentido positivo corresponde à idade, em que quando mais velho for o utente maior poderá aumentar o custo em 36,3€. Neste caso, analisando o total da amostra, esta conclusão já se enquadra no estudo realizado por (Costa, Carvalho e Delgado, 1989), em que concluiu que a idade poderá explicar o aumento dos dias de internamento. Quanto à variância em sentido oposto, a variável que mais explica a variância do custo é o facto de pertencer ao GDH 14, referente à gravidez da mulher, em que poderá diminuir em 20,9€ o custo. Já o sexo e o custo da USF não são significativas, em que ser homem poderá explicar uma redução de 1 € e o custo da USF explicará 1,6€ da redução do custo do internamento. Novamente, (Costa, Carvalho e Delgado, 1989), afirmaram que para esta relação do sexo com consumo de recursos hospitalares, concluiu que os homens na generalidade utilizam um maior volume de recursos hospitalares, indo contra os resultados obtidos.

Quanto ao tipo de admissão, esta variável também é significativa para a explicação do modelo, em que poderá explicar uma diminuição de 20,9€ em relação ao custo final do utente durante o seu internamento. Do mesmo modo conclusivo, as diferenças no tipo de admissão originam consumos de recursos hospitalares distintos, onde a urgência consome recursos mais elevados (Costa, Carvalho e Delgado, 1989),

Concomitantemente poderá explicar o aumento do custo do internamento, já que são variável fortemente correlacionadas ($r=0,666$).

6.2.2 Objetivo 2 – Tipo de admissão influencia o custo de internamento

6.2.2.1 Tipo de admissão do internamento

Quanto à tipologia da admissão dos internamentos, foi utilizado o teste *T-Student* como auxílio na verificação das hipóteses. Dado tais resultados, concluiu-se que as consultas programadas e as consultas não programadas (65,1% dos internamentos), nada poderá influenciar o custo do utente durante o seu internamento. Foi calculado em primeiro lugar o Teste do *Levene's*, em que ($F=4,206$) $=0,40$, então concluiu-se que as variâncias das duas variáveis são diferentes. Observou-se também o valor do nível de significância, $p = 0,309$, sendo este bastante superior ao nível de significância $p<0,05$, não se verificando assim qualquer tipo de relação entre as duas variáveis.

Como não se verifica qualquer relação entre a variável custo de internamento e tipo de admissão, conclui-se que poderá não importar como os utentes chegaram ao internamento, se foram por consulta programada ou por situações de urgência, importa sim reforçar os CSP para que haja um maior acompanhamento do utente pelo médico. Como foi observado na amostra referente ao GCD 14, esta conclusão verificou-se de forma significativa, em que quanto mais consultas o utente recebeu na USF menor poderá ser o seu custo de internamento. É de destacar o perfil do utente da USF quanto o seu efeito nos custos de internamento. Todas as variáveis testadas relacionadas com o perfil do utente na USF poderão influenciar os dias de internamento, mesmo sendo de fraca correlação.

Tais resultados obtidos após a realização deste estudo representam uma análise da reforma dos CSP, através da implementação das USF. Com o passar dos anos, o seu efeito na utilização das urgências hospitalares poderá não ser ainda muito significativo, como apenas só passaram cinco anos desde a sua implementação.

6.2.2.2 Regressão Linear Múltipla

De modo a verificar os resultados acima obtidos, partindo do pressuposto que quanto maior foi a quantidade de dias de internamento poderá aumentar os custo de internamento, foi então analisada quais as variáveis que mais podem explicar esta relação e se o tipo de admissão poderá explicar a variância dos dias de internamento, que c concomitantemente poderá influenciar o custo final. Após a divisão da análise em quatro amostras diferentes, concluiu-se que existem alterações quando são estudadas em separado.

Quanto à amostra com o total dos internamentos, concluiu-se que a idade do utente e o tipo de admissão são as únicas significativas capazes de explicar a variação dos dias de internamento, mesma conclusão da análise de (Costa, Carvalho e Delgado, 1989), em que não há homogeneidade da duração do internamento por tipologia de admissão. Tendo em conta os resultados obtidos através da regressão, por cada ano de idade corresponde a um aumento de 20,3 dias de internamento, e se a tipologia da consulta for programada, poderá reduzir em 18 dias por referência às não programadas. As restantes variáveis não são significativas para o modelo, como o sexo do utente, o seu custo total na USF e a quantidade de consultas, onde poderão influenciar em que quanto mais velho poderá reduzir em 1,2 dias, um aumento do custo da USF poderá aumenta em 1,6 dias e quanto mais consultas houver na USF poderá diminuir em 0,3 dias de internamento.

Quanto à segunda amostra referente ao GDH 14, foi o modelo mais interessante de analisar, devido à particularidade deste GDH pertencer a uma forte fatia dos internamentos. Neste modelo, todas as variáveis, em exceção à idade, apresentaram um sentido negativo à variância dos dias de internamento, ou seja, podem reduzir a duração do mesmo. Quanto aos custos da USF, estes pode aumentar em 5,0 dias, o volume poderá também reduzir em 6,3 dias, e por fim, o tipo de admissão, variável que apresenta maior significância, poderá reduzir os dias em 11,6 dias de internamento. Neste modelo, a variável da idade não poderá influenciar em grande quantidade, porque como as grávidas apresentam uma idade semelhante entre elas, apenas poderá influenciar em 1 dia de internamento.

Já a amostra dos idosos, a única variável significativa para este modelo é o tipo de admissão, em que uma consulta programada poderá explicar uma diminuição de 2,09 dias de internamento. As restantes variáveis, não significativas, não explicam esta regressão linear entre os dias de internamento e o sexo, idade, custos da USF e quantidade de consultas.

Por fim, a amostra referente aos internamentos excetuando o GCD 14 e os idosos, as variáveis significativas voltam a ser as mesmas, em que a idade poderá aumentar em 15,4 os dias de internamento e o facto de ser uma consulta programada irá diminuir em 18,7 dias o tempo do internamento. As restantes variáveis não são significativas, ou seja, não explicam a variância dos dias de internamento.

Em termos conclusivos, qualitativamente vê-se uma forte relação aos dias de internamento, onde a sua correlação com o custo de internamento é de 9%. Para chegar ao internamento o utente foi encaminhado pela USF, onde as variáveis da base de dados podem influenciar, pouco significativamente, o custo de internamento final.

6.3 Análise crítica

Desde 2008, Portugal tem assistido a algumas medidas de iniciativas desenvolvidas para a integração dos cuidados, sendo a reorganização da oferta dos cuidados um dos objetivos principais manifestados pelo governo (XVII): “o desenvolvimento de experiências de financiamento global, de base populacional, por capitação ajustada, integrando cuidados primários e hospitalares, numa linha de Unidades Integradas de Saúde, respeitando a autonomia e a cultura técnico-profissional de cada instituição envolvida” (COSTA e SANTANA, 2008).

Através da Missão dos Cuidados de Saúde Primários (MCSP), a reforma dos CSP levou ao surgimento de novas modalidades organizativas das quais as Unidades de Saúde Familiar são o paradigma, sendo prevista autonomia administrativa e de gestão. As USF e as novas estruturas de gestão em CSP visam obter mais acesso a cuidados de saúde ao assumirem a reorganização das suas respostas com orientação para as necessidades dos indivíduos e dos grupos populacionais. (MS, 2010). É de realçar a importância de uma boa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde de forma a evitar situações de reduzida eficiência, de modo a que as potencialidades e capacidades de cada um dos recursos sejam maximizadas.

Quadro 34 - USF em atividade e utentes abrangidos, por região de saúde

Região de Saúde	USF em atividade	Utentes antes da USF	Utentes USF potenciais	Ganho	%
Norte	120	1.299.075	1.443.260	144.185	11%
Centro	27	293.415	331.348	37.933	13%
LVT	80	910.319	1.074.256	163.937	18%
Alentejo	7	91.269	97.639	6.370	7%
Algarve	9	89.089	105.101	16.012	18%
Total	243	2.683.167	3.051.604	368.437	14%

Fonte: MCSP, 2010

Como se pode observar, verificou-se uma grande evolução no número de USF inscritas em todo o País. Após a reforma dos CSP, a criação destas unidades possibilitou que um maior número de utentes pudesse estar inscrito nos CSP para um melhor acompanhamento médico. Mas será que são verificadas todas as características propostas pela integração vertical na realidade prática?

De forma contraditória ao esperado, um estudo realizado através de questionários quanto à acessibilidade dos cuidados de saúde, os resultados obtidos foram surpreendentemente o contrário do previsto, constatando que, de uma forma geral, os inquiridos consideram a acessibilidade aos cuidados disponíveis na zona de residência mais difícil em 2008 do que em 2001, nomeadamente o acesso ao médico de família, aos médicos especialistas, aos dentistas, às consultas e tratamentos hospitalares, bem como às urgências. Considerando por muitos que as urgências eram designadas como a entrada mais fácil, os serviços de emergência aumentaram em grande proporção (CABRAL & SILVA, 2009), como verificado neste estudo de caso, onde as consultas não programadas correspondiam à maioria dos internamentos (68% do total). Este estudo poderá explicar a diferença da teoria com a realidade prática, não se verificando a característica da alta acessibilidade dos cuidados após a integração vertical.

O grupo de trabalho das urgências (GTU, 2007) identificou um conjunto de problemas na organização dos serviços de urgência, como os meios desorganizados ou inexistentes de comunicação interna e externa, a escassez de campanhas de informação à população para uma correta utilização da urgência, o atendimento ao utente e família no serviço de urgência aquém do desejável, a insuficiente formação

dos profissionais, ou insuficiente recurso a protocolos, a difícil drenagem de doentes do serviço de urgência, os problemas na gestão e rentabilização dos recursos humanos, o potencial não concretizado na melhoria da comunicação e do serviço ao utente e a falta de implementação de sistemas uniformes de registo de dados clínico, são aqueles que têm implicações diretas na integração e continuidade de cuidados. Tais fatores desencadeiam ocupações desnecessárias de camas de internamento, onde a utilização de Hospitais de Dia, um maior investimento em Cirurgias de Ambulatório e um encaminhamento dos utentes para as camas dos cuidados continuados seriam propostas de melhoria (PNS,2010).

De forma a aumentar a articulação entre hospitais, centros de saúde e outras instituições da mesma área geográfica, com vista à partilha de recursos e maior disponibilidade de oferta de serviços, foram criados os sistemas locais de saúde, definidos como “conjuntos de recursos articulados na base da complementaridade e organizados segundo critérios geográfico-populacionais, que se pretende facilitadores da participação social e que, em articulação com a rede de referência hospitalar, concorram para o efetivo desenvolvimento e fortalecimento do SNS e do sistema de saúde português (DL nº156/99). O seu objetivo principal consistia em introduzir um conceito mais lato de saúde, numa maior focalização da população e numa maior articulação entre os serviços. No entanto, tal proposta não foi implementada, fazendo com que seguissem novas propostas de articulação dos cuidados.

Mais tarde, foram criadas Unidades Locais de Saúde (ULS) com o objetivo de articular um ou vários hospitais com um determinado número de centros de saúde, baseado na proximidade geográfica, no equilíbrio de especialidades e na existência de um serviço de emergência médica (BARROS & SIMÕES, 2007). A prestação global dos cuidados de saúde sendo assegurada pelas atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica abrangida são atribuições de tais unidades. Esta implementação tem vindo a crescer, desde a implementação da primeira ULS em 2007, surgiram mais 7 unidades em todo o País.

Devido ao forte envelhecimento da população verificado em Portugal, as necessidades de cuidados de saúde e de apoio social numa lógica continuada têm vindo a aumentar, esperando que esta seja uma tendência crescente e que venha a reduzir a ocupação de camas desnecessárias no setor hospitalar. Surgem então novas iniciativas relacionadas com este fator demográfico, como a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Quadro 35 – Representatividade da população portuguesa por estrutura etária por sexo no ano de 2011, em percentagens

2011			
Estrutura etária da população por sexo (%)	Homens	Mulheres	Total
Jovens – 0 os 14 anos	15,93%	13,93%	16,89%
Adultos – 15 a 64 anos	67,38%	64,9%	64,08%
Idosos – 65 anos +	16,69%	21,17%	19,03%
Total	100%	100%	102%?

Fonte: Censos, 2011.21

Criada pelo Decreto-Lei N.º 101/2006, a RNCCI está desenhada para prestar cuidados de convalescença para estabilização e reabilitação de pessoas com perda transitória de autonomia, cuidados de média-duração e reabilitação, cuidados de longa-duração e manutenção e cuidados paliativos. A rede inclui também unidades de ambulatório (unidade de dia e de promoção de autonomia), que prestam cuidados com o objetivo de promover a autonomia e também apoio social a pessoas com diferentes níveis de dependência (BARROS & SIMÕES, 2007). Neste âmbito, o lugar adequado para um tratamento do utente de forma continuada não é o hospital, mas sim as camas disponibilizadas pela Rede. Os dados provenientes do Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da Atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Fevereiro, 2010) elaborado pela Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), indicam que o número total de camas contratadas pelos utentes foi 3.938 camas, significando um aumento de 37% desde 2008. O facto de a RNCCI ser utilizada maioritariamente por doentes saídos dos hospitais (78%), torna-se necessário inverter essa tendência que se verifica, devendo a utilização das tipologias de respostas da RNCCI ser maioritariamente utilizada pelos CSP para evitar as entradas de doentes idosos e crónicos nos hospitais (PNS, 2010).

Do ponto de vista da implementação de iniciativas a nível nacional, verificou-se que o objetivo de garantir a sustentabilidade do SNS e o fortalecimento do Sistema de Saúde Português era comum em todas. Os conceitos subjacentes a estas iniciativas, como a promoção da partilha social e partilha de recursos, a complementaridade na prestação e a organização geográfica devem ser mais desenvolvidos, estudados e analisados de forma a verificar o seu sucesso, e se este for positivo, devem então ser replicados.

O presente trabalho poderá servir de base de investigação para futuros projetos relacionados com o custo do utente internado. Poderá ser interessante estudar se, durante os próximos anos, o custo de internamento apresenta uma maior ligação com a tipologia da admissão, sendo ela programada ou não programada, e com os custos referentes ao utente durante o seu acompanhamento na USF.

6.4 Recomendações

Como grande parte da população em estudo apresentava idade superior a 65 anos, os cuidados de saúde devem ser repensados para esta população considerada idosa, uma vez que a variável idade ficou provada e como foi mostrado que era sempre significativa, menos quando a amostra foi estudada separadamente. Como podem ser os utilizadores referentes ao escalão etário os que consome mais medicamentos, logo um maior gasto monetário, a meu ver, o seu acompanhamento deve ser repensado e dividido em 3 fases distintas: Antes da consulta deverá ter um acompanhamento por parte do enfermeiro, o que antes era feito com os familiares mas dado o aumento do seu isolamento fez com que essa relação diminuísse. De seguida, se necessário deverá ser consultado pelo médico, e por fim, o seu internamento. Em vez de se apostar de uma forma mais intensa na integração vertical, o sistema dos cuidados de saúde deveria ser repensado novamente de forma a ajustar e melhorar as condições de vida dos utentes, dada esta realidade. Um maior acompanhamento por parte de outro profissional de saúde com responsabilidade de auxiliar em qualquer dúvida quanto à medicação do utente e selecionar de forma correta a triagem dos utentes, como os enfermeiros, o contacto com o médico por questões desnecessárias deveria ser substituído por este auxiliar, já que o custo de uma consulta médica é considerada bastante elevado.

Capítulo VII.

Conclusão

Capítulo VII: Conclusão

O objetivo deste trabalho consistia em analisar separadamente o custo de um utente nos diferentes tipos de cuidados, primários e secundários. Para isso foi calculado o custo total da prestação de serviços nos diferentes níveis e através do número de internamentos por utente, foi encontrado o seu custo médio.

A fraca relação que se verificou entre o custo da USF e o custo do internamento do utente concluiu-se que ao contrário do esperado, quanto maior o acompanhamento nos CSP, maior serão os custos nessa USF, que proporcionará um aumento dos custos totais do utente. Esta conclusão não se adequa ao esperado, em que quanto maior uma integração dos cuidados verticais de saúde menor a despesa neste setor.

Como concluído através dos resultados obtidos, onde a idade foi considerada a variável que mais poderá explicar o aumento do custo do internamento dada a sua constante significância e visto que a população tem sofrido um aumento da esperança média de vida e um envelhecimento (sem rejuvenescimento) dos mesmos, poderá ser interessante apostar num contato preliminar, antes da consulta com o médico do utente na USF, visto que muitas das consultas dos CSP podem ser consideradas como desnecessárias, onde basta um contato do utente com o enfermeiro disponível, de forma a esclarecer qualquer tipo de dúvida apresentada pelo mesmo.

Este trabalho teve como foco principal, o perfil do utente da USF em relação ao custo e os dias de internamento, tentando perceber a variância e quais variáveis poderiam explicar a oscilação dos mesmos. Talvez este sistema vertical não deverá ser pensado em termos de custos mas sim em termos de qualidade. Uma vez que as correlações apresentaram-se como fracas, o acompanhamento do utente não se mede em custos mas sim em qualidade, onde se deve apostar na prevenção da doença diminuindo os custos associados ao tratamento da mesma

Visto que a única relação onde poderia explicar a diminuição do custo do internamento, apresento como exemplo uma situação de dois utentes, um que foi às consultas da USF e que no final é reencaminhado para internamento (neste caso apresenta os custos da USF e do internamento), e o outro utente que só recebeu cuidados durante o seu internamento (apenas apresenta os custos do internamento) mas não obtendo sucesso durante tal fase (caso dos abortos). Deste modo, concluiu-se que não ter um acompanhamento preliminar da USF, acabará por sair “mais barato”.

Verifica-se que esta relação do acompanhamento do utente na USF e do seu custo durante a fase de internamento seja mesmo impossível de se analisar, não havendo qualquer ligação entre si. Devemos pensar que o exemplo acima referido será a melhor solução? Sendo a única possibilidade de reduzir os custos? O que é que queremos? É reduzir os custos ou apostar na qualidade de vida?

O Sistema Nacional de Saúde Português está organizado para que o foco principal seja o tratamento da doença menos atento à promoção da saúde, por várias razões como as medidas orientadas para a terapêutica da mesma, como o investimento em novos hospitais e a gestão do medicamento. Desta forma sai mais caro remediar em vez de prevenir. Muitas doenças poderiam ser evitadas através da reeducação do cidadão, tanto em termos alimentares como de atividade física. Segundo a Organização Mundial de Saúde, mais de 80% dos casos de doenças coronárias, 90% de diabetes tipo 2 e um terço das doenças de cancro poderiam ser evitadas pela alteração de hábitos alimentares, atividade física e consumo de tabaco, o que reforça a importância da capacitação dos indivíduos.

Visto que as consultas não programadas poderão explicar o aumento do custo do internamento, como foi verificado neste estudo, poderão ser criadas e reforçadas iniciativas que contribuam para evitar as idas desnecessárias às urgências de instituições de saúde, à menor suspeita, como por exemplo o aumento da literacia em saúde.

Como se verificou nesta análise, as variáveis podem explicar, em diferentes maneiras mas de fraco modo, a variância do custo do internamento final do utente. A idade e o tipo de admissão do internamento foram as que mais apresentaram valores significativos de forma a explicar tal variância. Todavia, esta conclusão deve ser complementada com a afirmação de que esta situação é em grande parte, consequência da influência de outras variáveis. Não é só por si só que a idade do utente e o tipo de admissão influenciam o custo do internamento, mas poderão existir outras características do utente que o façam consumir mais recursos, logo um maior custo de internamento.

Pode se concluir, que para além dos aspetos evidenciados neste estudo, existem necessidades de alargamento do campo de análise para outros projetos, incluindo novas variáveis correspondentes às características dos utentes.

Capítulo VIII.

Bibliografía

Bibliografia:

- ABBAS, K.; LEONCINE, M. - Cálculo dos custos dos procedimentos médicos hospitalares em hospitais brasileiros. [Blog]. [Em linha]. Belo Horizonte : IAG Saúde - Instituto de Acreditação e Gestão em Saúde, 2013. [Consult. 20-02-2013]. Disponível em <http://blog.iagsaude.com.br/sem-categoria/calculo-dos-custos-dos-procedimentos-medicos-hospitalares-em-hospitais-brasileiros/>.
- BAKER, J. - Activity-based costing and activity-based management for health care. New York, NY: Aspen Publishers, 1998.
- Barros, S. - Qualidade, fiabilidade e codificação dos episódios de internamento, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2008. (Dissertação XXXVII Curso de Especialização em Administração Hospitalar). [Consul 20-12-2013].
- BENTES, M., et al. - Health care systems in transition : Portugal. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
- BENTES, M., et al. - Using DRGs to fund hospitals in Portugal: na evaluation of the experience. Lisboa: Ministério da Saúde, 1991
- BLIESNER, M. - Gestão de custos na saúde pública : análise dos custos dos serviços de fisioterapia prestados pelo CEFIR no município de Balneário. Itajaí : Centro de Ciências Sociais Aplicadas - Gestão. Universidade do Vale do Itajaí, 2008.
- BORGES, C.M., et al. - Implementação de um sistema de custeio por atividades nos hospitais do SNS. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Volume temático : 9 (2010) 141-160. [Consult. 10-01-2013]. Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-contratualizacao/EC-12-2009.pdf>.
- CARVALHO, J.; COSTA, T.C.; MACEDO, N. - A contabilidade analítica ou de custos no setor público administrativo. **TOC**. 96 (2008) 30-41. [Consult. 10-01-2013]. Disponível em: http://www.otoc.pt/downloads/files/1206546789_30a41contabilidade.pdf.
- CHAPKO, M.K., et al. - Equivalence of two healthcare costing methods : bottom-up and top-down. **Health Economics**. 18 : 10 (2009) 1188-1201.
- CLEVERLEY, W.O. - Product costing for health care firms. **Health Care Management Review**. 12 : 4 (1987) 39-48.

- CORTEZ; A.C.R - Utilização das urgências hospitalares e acesso aos cuidados de saúde primários. [Em linha]. Lisboa : ENSP.UNL, 2009. Curso de Mestrado em Gestão em Saúde. [Consult. 20-12-2012]. Disponível em <http://run.unl.pt/bitstream/10362/4359/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Mestrado%20-%20Alexandra%20Cortez.pdf>.
- COSTA, C. – Os DRGs (Diagnosis Related Groups) e a gestão do hospital. **Revista Portuguesa de Gestão**. III/IV (1994) 52-63.
- COSTA, C. et al. - A importância do apuramento de custos por doente : metodologias de estimação aplicadas ao internamento hospitalar português. **Revista Portuguesa da Saúde Pública**. Volume temático : 7 (2008) 131-146.
- COSTA, C. et al., - Definição de um modelo de acompanhamento da atividade desenvolvida pelas unidades locais de saúde e monitorização da modalidade e de pagamento aplicadas às unidades locais de saúde em 2009. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2009.
- COSTA, C.; CARVALHO, R.; DELGADO, M. – Relação entre as características dos doentes e o consumo de recursos num hospital. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Volume Temático: 4 (1989) 27-40.
- COSTA, C.; LOPES, S.; SANTANA, R. – Diagnosis Related Groups e Disease Staging: importância para a administração hospitalar. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Volume Temático: 7 (2008) 8-24.
- DELOITTE - Saúde em análise : uma visão para o futuro. Lisboa : Deloitte, 2011. [Consult. 07-05-2013] Disponível em: [http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Portugal/Local%20Assets/Documents/PSLSHC/pt\(pt\)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf](http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Portugal/Local%20Assets/Documents/PSLSHC/pt(pt)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf)
- DIAS, A.; Santana, S. - Cuidados integrados : um novo paradigma na prestação de cuidados de saúde. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**. 8 : 1 (2009) 12-20.
- ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE - Estudo do acesso aos cuidados de saúde primários do SNS. Porto : ERS, Fevereiro de 2009.
- FERREIRA, P.; ANTUNES, P.; PORTUGAL, S. – O Valor dos cuidados primários: perspectiva dos utilizadores das USF. Lisboa: Missão para os cuidados de saúde primários, 2009.

- FINKLER, S.A.; WARD, D.M. - Cost accounting for health care organizations : concepts and applications. 2nd edition. Sudbury, MA : Jones & Bartlett Publishers, 1999.
- GOUVEIA, M., et al. - Análise dos custos dos centros de saúde e do regime remuneratório experimental. [Em linha]. Lisboa : Grupo de Trabalho da Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 2006. [Consult. 20-12-2012]. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4B0B71BD-1620-4168-BB98-60134AB16A49/0/Relat%C3%B3rioAPESRRE.pdf>.
- HORNBOOK, M. – Hospital case mix: its definition, measurement and use. Part II. review of the alternative measures. Medical care review, 39: 2 (1982) 73 – 123.
- INE – Censos [Em linha]. Lisboa. Instituto Nacional de Estatística, 2011.[Consult em 04-07-2013].Disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao.
- INE – Indicadores Médico de Família por 1.000 Habitantes [Em linha].Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2012. [Consult em 04-07-2013]. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004277&contexto=bd&selTab=tab2.
- LEMOS, V.M.F.; ROCHA, M.H.P. - A gestão das organizações hospitalares e as suas complexidades. In: Congresso Nacional de Excelência em Gestão, 7, 12 e 13 de Agosto de 2011 - Gestão de Crises para a Sustentabilidade. [Em linha]. Rio de Janeiro, Brasil: SRRNET, 2011. [Consult. 10-01-2013]. Disponível em: http://www.excelenciaemgestao.org/Portals/2/documents/cneg7/anais/T11_0417_1492.pdf.
- LIMA, M.E.C.M. - A produção e a estrutura de custos dos hospitais públicos : uma aplicação de um modelo translogarítmico. [Em linha]. Braga : Universidade do Minho, 2012. [Consult. 10-12-2012]. Disponível em http://www.apes.pt/files/dts/dt_022000.pdf.
- MANIQUE, L.M.S. - Definição de metodologias para o apuramento de custos por doente : aplicação da matriz de Maryland nos custos dos hospitais portugueses. Lisboa : ENSP.UNL., 2009. Tese de Mestrado.

- MARÔCO, João - Análise estatística com o SPSS statistics. 5ª edição. Pero Pinheiro : Reportnumber, 2011.
- MATOS, A. J. - Gestão de custos hospitalares. 2ª edição, revista e atualizada. São Paulo: Editora STS Publicações e Serviços, 2002.
- MIGUEL, J.; COSTA, C. – A reforma da saúde em Portugal : à procura de eficiência. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 15 : 2 (1997) 5-17.
- MIGUEL, L.S.; SÁ, A.B. - Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016 : reforçar, expandir : contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. [Em linha]. Lisboa : Alto Comissariado da Saúde, Novembro de 2010. [Consult. 10-01-2013]. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/CSP1.pdf>.
- MIGUEL, M. - A importância do controlo orçamental e custos por utente. [Em linha]. Lisboa : LiConsultores, 2012. Entrevista realizada a 11-09-2012 para a LiConsultores. [Consult. 10-01-2013]. Disponível em <http://www.liConsultores.pt/pt/entrevistas/a-importancia-do-controlo-orcamental-e-custos-por-utente>.
- MIHAYLOVA, B., et al. – Review of statistical methods for analysing healthcare resources and costs. *Health Economics*.20: (2010) 897-916
- MS. ACSS - Atividade cirúrgica [Em linha]. Lisboa: Administração central do sistema de saúde. Ministério da saúde, 2010. [Consult a 08-07-2013]. Disponível em: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/CA90D63D-AB29-472C-B3CC-3112D03201F2/0/Relatorioactividadecirurgica_MS_2009.pdf
- MS. ACSS – Circular normativa de 31 de Julho de 2009. Lisboa : Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde, 2009. [Consult. 01-01-2013].Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt> <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Circular%20Normativa%20n%C2%BA6.pdf>.
- MS. ACSS – Relatório de Contas Serviço Nacional de Saúde 2007. Lisboa : Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde, 2008. [Consult. 01-04-2013]. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/In/Formacao/Relatorio%20e%20Contas%20-%202007.pdf>.
- MS. ARSLVT – Portal. Lisboa : Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Ministério da Saúde, 2013. [Consult. 05-01-2013]. Disponível em: <http://www.arslvt.min-saude.pt>.

- MS. CENTRO DE SAÚDE DA FIGUEIRA DA FOZ – O que é uma Unidade de Saúde Familiar (USF). [Em linha]. **Jornal do Utente**. (2009) [Consult. 10-12-2012]. Disponível em: http://usfbuarcos.com/uploads/usfbuarcosjornal_n1.pdf.
- MS. CHC – Relatório anual sobre o acesso aos cuidados de saúde do SNS. Coimbra: Centro Hospitalar de Coimbra EPE, Ministério da saúde, 2010. [Consult 14-07-2013]. Disponível em: <http://www.chc.min-saude.pt>.
- MS. DEPARTAMENTO DE CONTRATUALIZAÇÃO. ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS DE SAÚDE - Unidades de Saúde Familiar : metodologia de contratualização : USF - modelo A e modelo B. [Em linha]. Lisboa : Departamento de Contratualização. Administrações Regionais de Saúde, 2009. [Consult. 20-01-2013]. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/MetodologiaContratualiza%C3%A7%C3%A3o_USF_2009.pdf
- MS. USF SAÚDE NO FUTURO - Unidade de Saúde Familiar : homepage. [Em linha]. Lisboa : USF Saúde no Futuro, 2012. [Consult. 06-05-2013] Disponível em: http://usf-saudenofuturo.min-saude.pt/servicos/Consultas_programadas/Paginas/default.aspx.
- MS.ACSS – Relatório resumo dos indicadores da LIC no País em relação ao ano de 2010. Lisboa : Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde, 2011. [Consul 11-07-2013]. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/APRESENTACAOSIGIC_28Marco2011.pdf.
- MS.ACSS – Unidades de Saúde Familiar - Análise da atividade realizada em 2010. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde, 2010. [Consult. 15-07-2013]. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/USF_AnaliseAtividade_Ano2010.pdf.
- MS.RNCII – Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2010. Lisboa. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde, 2011. [Consult 15-07-2013]. Disponível em: <http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/RelatorioAnualRNCCI2010VersaoFinal.pdf>
- NIKOLIC, D., et al. – Scaled Correlation analysis: A better way to compute a cross-correlogram. Eur. J.Neurosci., 35: 742-762

- NOLTE, E; Knaï, C; MCKEE, M. – Managing Chronic Conditions. Experience in eight countries. European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization, 2008.
- OECD - Health at a glance 2010 : Europe 2010. [Em linha]. Paris : OECD Publishing, 2013. [Consult. 03-07-2013]. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_en.pdf.
- OMS – Carta de Tallinn : os sistemas de saúde pela saúde e pela prosperidade. In: Conferência Ministerial Europeia da Organização Mundial da Saúde sobre Sistemas de Saúde, Tallinn, Estónia, 25-27 June 2008. [Em linha]. Copenhaga : OMS, 2008. [Consult. 01-04-2013] Disponível em <http://www.acss-min-saude.pt/wpcontent/uploads/2008/12/carta-tallinn.pdf>.
- PORTARIA nº132/2009. DR. 1ª Série 21. (2009-01-30)2-121.
- QUINTAL, C.; LOURENÇO, Ó.; FERREIRA, P. – Utilização de cuidados de saúde pela população idosa portuguesa: uma análise por género e classes latentes **Revista Portuguesa de Saúde Pública**.30:1 (2012): 35-46. [Consul 04-07-2013]
- SAMUELSON, P.; NORDHAUS, W. – Economia. 12ª ed. New York : McGraw-Hill, 1988.
- SANTANA, R. - O financiamento e a integração vertical dos cuidados. [powerpoint] Lisboa: ENSP.UNL, 2010. Documentação referente ao módulo financiamento e análise financeira do VII CMGS.
- SANTANA, R. - O financiamento hospitalar e a definição de preços. [Em linha]. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Volume temático : 5 (2005). [Consult. 10-12-2012]. Disponível em http://gos.ensp.unl.pt/sites/gos.ensp.unl.pt/files/vtematicon5_06-2005.pdf.
- TAN, S.S., et al. - Comparing methodologies for the cost estimation of hospital services. **The European Journal of Health Economics**. 10 : 1 (2009) 39-45.
- TEIXEIRA, S.S.M.P. - A contabilidade de custo na atividade hospitalar : uma abordagem gerencial sob a ótica do custo industrial. [Sl.] : [s.n.], 1986. [Consult. 10-12-2012]. Disponível em <http://www.omcconsult.com.br/wp-content/uploads/2012/01/A-Contabilidade-de-Custo-na-Atividade-Hospitalar.pdf>.
- WHO - Fact sheets: chronic diseases. [Em linha]. Copenhagen : WHO, 2012. [Consult. 01-04-2013]. Disponível em http://www.who.int/topics/chronic_diseases/factsheets/en/.

ANEXOS

Faturação dos Internamentos

É agora apresentada um breve resumo quanto ao significado de internamento e como é apurado o seu custo através dos GDH provenientes da Portaria nº132/2009. DR. 1ª Série.

1.Definição de internamento

Um utente internado é aquele que é admitido num estabelecimento de saúde com internamento, durante um determinado período de tempo, em que ocupa uma cama (ou berço de neonatologia ou pediatria) para a realização de diagnóstico ou tratamento, com permanência de no mínimo vinte e quatro horas. São considerados exceções os casos que acabam por falecer, que saiam contra parecer médico ou que sejam transferidos para outros estabelecimentos, não chegando a permanecer a duração mínima de vinte e quatro horas (ACCESS, 2009).

1.1.GDH

Tais episódios de internamento podem ser agrupados em categorias homogéneas do ponto de vista do consumo de recursos, designadas como Grupos de Diagnóstico Homogéneos (FETTER et al., 1980). São um sistema de classificação de doentes de origem Americana, cujo nome original intitula-se *Diagnosis Related Groups* (DRG), concebido no final dos anos 60 por uma equipa multidisciplinar de investigadores da Universidade de Yale (E.U.A) (FETTER et AL.; 1980; ULLMAN e KOMINSKI, 1984; FETTER, 1987). Os GDH podem ser designados como médicos ou cirúrgicos, consoante respeitem ou não a um procedimento habitualmente realizado no bloco operatório. São agrupados por um conjunto de categorias designadas Grandes Categorias Diagnósticas (GCD) segundo o diagnóstico principal (codificado de acordo com a Classificação Internacional das Doenças – ICD-9-CM).

Adicionalmente, tanto os GDH cirúrgicos e os médicos, comportam outros GDH onde são agrupados os doentes com registos de diagnósticos secundários (são casos de complicações e/ou comorbilidades), concomitante com o diagnóstico principal. Neste presente estudo serão apenas abordadas as patologias designadas como causa principal do internamento.

2.Tempo de internamento

Total de dias de internamentos nos diversos serviços de um estabelecimento de saúde com internamento, durante um período de tempo, excetuando os dias das altas dos mesmos utentes, não sendo incluídos os dias de permanência em berçário ou em serviço de observação de urgência. Para efeitos de classificação em GDH e faturação, os dias contados desde a admissão no serviço de urgência (onde nos casos em que o utente foi admitido pelo serviço de urgência), bem como os dias de estada em berçário são considerados para efeitos de classificação em GDH e a respetiva faturação (PORTARIA 839^a, 2009)

3.Tipos de internamentos

A admissão nos cuidados de saúde pode ser classificada em dois tipos destintos, programada e não programada. A admissão não programada é aquela em que não foi efetuada uma marcação prévia, sendo designada como um atendimento de urgência. Pelo contrário, a admissão programada diz respeito aos atendimentos agendados, previamente marcados pelo utente. Neste trabalho, as consultas programadas foram agrupadas pelos internamentos codificados com tipo 2 (consultas programadas) e pelos internamentos codificados com tipo 6 (pertencentes ao SIGIC).

4.Faturação do internamento

4.1.Tendo por base a classificação de doentes em Grupos de Diagnóstico Homogéneo ou de acordo com a diária de internamento presente PORTARIA 839-A/2009. D.R. 1^a Série. 147 (2009-07-31), altera a Portaria n.º 132/2009, de 30 de Janeiro, que aprova as tabelas de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde, bem como o respetivo Regulamento, é então calculado o custo das prestações de saúde realizadas durante a fase de internamento.

O preço apenas pode ser determinado de acordo com a diária de internamento dos seguintes casos (PORTARIA 839^a, 2009):

- a) Episódios de internamento em fase não aguda de doença (nos termos do artigo n.º10º);
- b) Nos critérios específicos de cálculo de preço, quando previstos no artigo 9º.

4.2.A faturação a ser aplicada aos episódios agudos de doença classificados em GDH é feita através dos preços presentes na tabela nacional de grupos homogéneos, apresentada também em anexo. Obedece então às seguintes regras:

- a) O valor a faturar é o em vigor na data da alta do doente;
- b) O preço do GDH compreende todos os serviços prestado durante a fase de internamento, quer em regime de enfermaria quer em cuidados intensivos, incluindo toda a prestação médica, de hotelaria e MCDT;
- c) A cada episódio de internamentos está apenas correspondido um GDH, independentemente da quantidade de serviços prestados desde a data de admissão até à data de alta do utente;
- d) Nos episódios de internamento em que a admissão tenha ocorrido através do serviço de urgência não existe faturação, sendo a data de admissão apenas para efeitos de contagem de tempo de internamento;
- e) Nas situações em que o doente tenha alta do S.O do serviço de urgência só há lugar ao pagamento do episódio de urgência.

4.3.O preço a faturar, nos episódios normais de internamento classificados em GDH, é o valor constante apresentado pela coluna E, correspondente ao preço de internamento.

4.4.Os episódios não normais designados como excecionais dividem-se em:

4.4.1.De curta duração, em que o tempo de internamento é menor ou igual ao limiar inferior apresentado pela portaria através da coluna J. A sua faturação é calculada através dos seguintes passos:

4.4.1.1.GDH com preço de ambulatório: os episódios deverão ser faturados, por diária de internamento, aos preços constantes da coluna H da tabela (dias de internamento * diária de internamento) acrescidos do preço de ambulatório da coluna G.

4.4.1.2.GDH sem preço de ambulatório:

4.4.1.2.1.GDH Médico: Deverão faturar-se por diária de internamento, ao preço constante da coluna H.

4.4.1.2.2.GDH Cirúrgico: O primeiro dia de internamento deverá ser faturado de acordo com o preço constante da coluna I, sendo os restantes dias de internamento faturados ao preço previsto na coluna H (dias de internamento – 1 * diária de internamento)

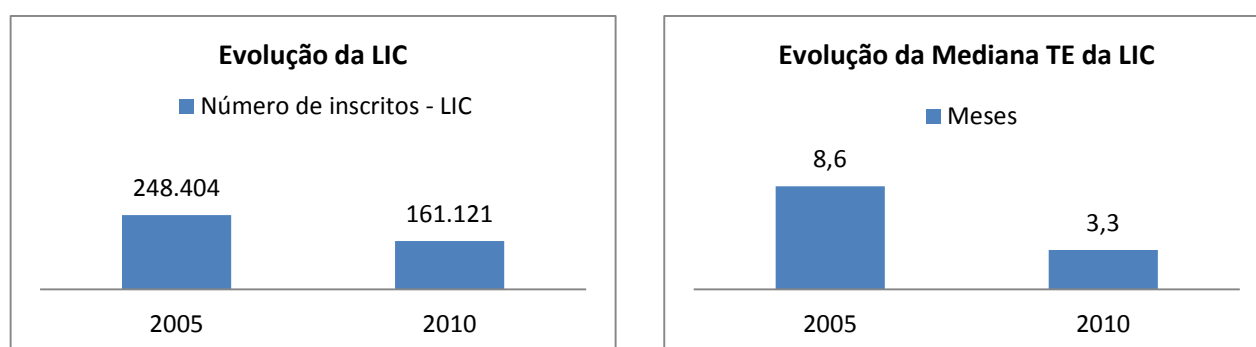
4.4.2.De evolução prolongada, cujo tempo de internamento é igual ou superior ao limiar máximo, definido na coluna K. Estes internamentos deverão ser faturados por

cada dia de internamento a contar do limiar máximo, pelo valor da diária prevista no nº1 do artigo 11.

Evolução do SIGIC em Portugal

SIGIC – Criado em 2004, como principal foco a redução das listas de espera relativamente ao procedimento cirúrgico. Tendo em conta o grande aumento da despesa em saúde, este sistema foi implementado como uma possível redução do tempo excessivo das listas de espera, fator este interligado à despesa em saúde. Este sistema pertence a uma das categorias de admissão de internamento, onde foi inserida no grupo das consultas programadas. Observando o gráfico abaixo representado, chega-se à conclusão que verificou-se o esperado, em que a lista de inscritos para cirurgia e o seu respetivo tempo de espera diminuíram de forma bastante significativa.

Gráfico II – Evolução das Listas de Inscritos para Cirurgia (LIC) e Evolução da Mediana do seu Tempo de Espera

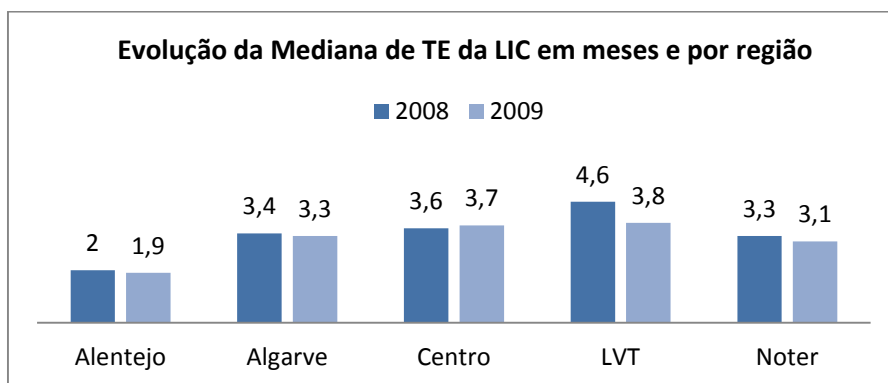


Fonte: ACSS. 2011.4,5

Observa-se que o número de inscritos diminuiu 33,7% de 2005 a 2009 e o seu respetivo tempo de espera reduziu em 60,5%. São valores bastante positivos face ao pretendido.

Como se pode observar através da visualização do quadro abaixo ilustrado, a Região do Alentejo apresenta os valores mais baixos relativos à evolução da mediana do tempo de espera das listas de inscritos em cirurgia, em meses, por região.

Gráfico III – Evolução da Mediana do Tempo de Espera das Listas dos Inscritos para Cirurgia, em meses e por região



Fonte: ACSS, 2011.15

